

Rebujos Mentales: Exploración en la construcción de un personaje con Trastorno de Identidad Disociativa (TID) en la dinámica relacional configurada por el saber-poder entre médico (sujeto) y paciente (objeto)

Por:

Maria Camila Fernández Sánchez

Asesora:

Sara Lugo-Márquez

Facultad de artes y humanidades

Cine



Institución
Universitaria
Reacreditada en Alta Calidad

Medellín, Colombia

2025

Agradecimientos

El camino hacia este trabajo de grado ha sido, sin duda, una aventura, una de esas que no se planean del todo, pero que terminan transformándolo. Esta aventura comenzó por una persona que, aunque no podrá celebrar este logro conmigo, lo habita en cada página: mi madre. Los recuerdos más nítidos que tengo de ella son con una cámara en mano, registrando viajes, comidas familiares y la vida misma. También la recuerdo explicándome que los relámpagos eran el flash de las fotos del cielo, para que no le tuviera miedo a los aguaceros como solemos llamarlos. Así que, inevitablemente, este agradecimiento comienza con ella, por haberme puesto en este camino, por unir su vida y la mía de formas que ni el tiempo ni la ausencia han podido deshacer.

Esta aventura, como me gusta llamarla, ha transitado por momentos de duda y euforia en proporciones generosas. Por eso, quiero reconocer a Sara, mi asesora, por ofrecerme la claridad necesaria para que mis ideas no solo se organizaran en una investigación rigurosa, sino que también me sirvieran para escribir conscientemente el guion que acompaña este trabajo. Gracias por tu paciencia, tu agudeza y por no asustarte cuando dije “no tengo nada escrito” hace menos de 4 meses.

Al ITM, por brindarme los recursos, las instalaciones y el entorno académico que hicieron posible esta investigación-creación, y por contribuir a mi formación como una creadora consciente, aunque a veces un poco caótica, lo admito.

A Nana, Flor y Alejo, mi familia, por su amor incondicional, por su apoyo constante y por recordarme que incluso cuando todo parece inalcanzable, hay vínculos que estarán ahí para siempre. A Migue, Alexa y Sam, mis amigos, por estar ahí en cada paso, por comprender mis silencios y por creer en mí incluso cuando yo misma no lo hacía. Gracias por cuestionarme, los mensajes a la distancia y las conversaciones que empezaban con “¿cómo vas con el guion?” y terminaban en risas.

Finalmente, quiero agradecer a todas aquellas personas que, de manera directa o indirecta, me dieron su mano cuando mi madre ya no pudo hacerlo. Gracias por acompañarme en este proceso, por ayudarme a cerrar este ciclo y por permitirme crecer como persona, sin duda, y quizás también como artista... aunque esa palabra todavía me queda un poco grande. Su ayuda ha sido invaluable, y sin su colaboración, este logro no habría sido posible.

Índice

PRIMERA PÁGINA	5
GÉNERO	5
STORYLINE	5
PREMISA	5
SINOPSIS	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
INTRODUCCIÓN	7
METODOLOGÍA	38
ESTRATEGIA PARA EL ESTADO DEL ARTE	38
DESARROLLO DEL TEXTO ARGUMENTATIVO	39
CONSIDERACIONES TERMINOLÓGICAS	40
CONSTRUCCIÓN DEL GUION	41
ASESORÍA CON EXPERTOS	43
LA SALUD MENTAL COMO CAMPO DE PODER: ENTRE EL SABER Y LA ESCUCHA	46
LA ENFERMEDAD COMO ALTERIDAD: UNA CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y CULTURAL	46
EL DIAGNÓSTICO COMO EVENTO VITAL: ENTRE LA VALIDACIÓN Y EL ESTIGMA	57
HABITAR EL MUNDO DESDE LA FRAGMENTACIÓN: UNA LUCHA POR LA COHERENCIA	63
CONCLUSIONES	74
GUION	78
MEMORIA DE INVESTIGACIÓN	79
ESTRUCTURA NARRATIVA: ELECCIÓN DEL GÉNERO, FRAGMENTACIÓN, SIMULTANEIDAD Y REPRESENTACIÓN CLÍNICA	79
ELECCIÓN DEL ESPACIO: EXCLUSIÓN, ENCIERRO Y APERTURA SIMBÓLICA	82
CONSTRUCCIÓN DE PERSONAJES: POSICIONAMIENTOS CLÍNICOS, TENSIONES ÉTICAS Y SUBJETIVIDAD DISOCIATIVA	83
BIBLIOGRAFÍA	86
FILMOGRAFÍA	90
MEMORIAS NARRATIVAS Y DRAMATÚRGICAS	91
MOTIVACIÓN DE ESCRITURA	91
TRATAMIENTO ARGUMENTAL	92
RESUMEN DE LA HISTORIA	92
PERSONAJES PRINCIPALES	93
ESCENAS CLAVE	93
TONO Y ATMÓSFERA	95
ESCALETA	96
PERSONAJES	97
GABRIELA	97
MARÍA	99
LÓPEZ	100
VÍCTOR	101
ROSA	101
MONTAJE	102
ANEXO 1	104
REBLUJOS MENTALES	104

Primera página

Género

Thriller psicológico

Storyline

Gabriela, una mujer de 25 años con Trastorno de Identidad Disociativa, está internada en un hospital psiquiátrico que simboliza el aislamiento y la deshumanización. Su conflicto se intensifica con la llegada de dos figuras opuestas: María, una psiquiatra que propone una vía de sanación desde la empatía, y el doctor López, quien manipula su fragilidad para mantener el control. Con la ayuda de María, Gabriela emprende una búsqueda por reconstruir su historia, legitimar sus múltiples identidades y recuperar la autonomía que el sistema le ha negado.

Premisa

Una mujer con Trastorno de Identidad Disociativa confronta la fragmentación de su mente, los traumas que la habitan y un sistema psiquiátrico que busca contenerla, en una búsqueda por reconstruir su historia, legitimar sus múltiples identidades y recuperar la autonomía que le ha sido negada.

Sinopsis

Gabriela, una mujer de 25 años diagnosticada con Trastorno de Identidad Disociativa, está internada en un hospital psiquiátrico marcado por el aislamiento, la medicación sistemática y la deshumanización institucional. En este entorno, su voz es constantemente silenciada, y su subjetividad reducida a una etiqueta clínica. La llegada de María, una psiquiatra que propone un enfoque basado en la escucha y la empatía, abre una posibilidad de transformación. Juntas emprenden un proceso de confrontación con un sistema que se resiste

al cambio, durante el proceso Gabriela intenta reconstruir su historia, legitimar sus múltiples identidades y recuperar la autonomía que le ha sido negada. Sin embargo, su camino se ve amenazado por el doctor López, un psiquiatra que instrumentaliza su diagnóstico para mantener su poder, manipulando su fragilidad en beneficio propio.

Objetivos

Objetivo General

Explorar a través del guion de largometraje de ficción *Reblujos Mentales*, la construcción de un personaje con Trastorno de Identidad Disociativa (TID) en la dinámica relacional configurada por el saber-poder entre médico (sujeto) y paciente (objeto).

Objetivos Específicos

- Analizar las representaciones cinematográficas de las enfermedades mentales, principalmente del Trastorno de identidad disociativa.
- Explorar, a través de películas y autobiografías, las formas en que habitan el mundo las personas con enfermedades mentales, principalmente del Trastorno de identidad disociativa.
- Identificar de manera teórica la dinámica saber-poder en la experiencia clínica psiquiátrica de las enfermedades mentales, principalmente en el Trastorno de identidad disociativa.
- Explorar, a partir de la creación de un guion de largometraje de ficción, la relaciones del saber-poder entre médico y paciente en la experiencia clínica psiquiátrica de un personaje con Trastorno de Identidad Disociativa

Introducción

El cine, en tanto lenguaje simbólico y dispositivo narrativo, ofrece una vía privilegiada para representar dimensiones de la experiencia humana que suelen quedar fuera de los marcos clínicos o institucionales. En este trabajo de grado se propone el desarrollo de *Reblujos Mentales*, un guion cinematográfico que indaga en las implicaciones subjetivas, sociales y narrativas del diagnóstico en salud mental. A partir de la historia de Gabriela, una paciente internada en un hospital psiquiátrico, se plantea una exploración sobre cómo el diagnóstico puede incidir en la construcción de la identidad, el vínculo con el entorno y la percepción de sí misma.

El proyecto explora la narrativa cinematográfica, la psicología clínica y la construcción social de la identidad, tomando como eje central un thriller psicológico que examina la representación de la enfermedad mental, en particular del Trastorno de Identidad Disociativa (TID). Lejos de limitarse a una lectura clínica, el guion propone una mirada que reconoce la enfermedad mental como una construcción atravesada por discursos sociales, relaciones de poder y experiencias subjetivas. En este sentido, la ambigüedad narrativa del thriller, que difumina los límites entre lo real y lo imaginado, no se presenta como un recurso estilístico aislado, sino como una estrategia para sumergir a las espectadoras¹ en la psique fragmentada de la protagonista, reflejando desde lo simbólico su vivencia interna.

Durante la investigación, se plantea que la enfermedad mental, y específicamente el TID, no pueden ser comprendida únicamente desde un prisma médico, sino que se enmarcan las relaciones entre el ser y la “locura”, construidas por la sociedad. Esta perspectiva, inspirada en los aportes de Michel Foucault (1964), quien plantea que “Se les designa como

¹ En este trabajo de grado se referirá al público general en femenino porque desde una perspectiva crítica feminista se reconoce que debido a las problemáticas planteadas en el proyecto es necesario hacer un reconocimiento enfático al público femenino y no dejar pasar por alto el genérico masculino.

el Otro, como el Extranjero, como el Excluido” (pág. 146), sosteniendo así que las narrativas culturales y las instituciones han ejercido su poder-saber para definir históricamente a los neurodivergentes como “lo otro”.

En este trabajo de grado la definición de la “neurodivergencia” parte de los planteamientos de Melissa S. Cruz Puerto y María Sandín Vázquez (2024), quienes la entienden “como un concepto que trasciende la concepción tradicional de la diversidad humana, al reconocer y celebrar las variaciones naturales en el funcionamiento neurológico y cognitivo de las personas” (pág. 214). Es así como el concepto de perspectiva neurotípica no remite únicamente a una realidad neurológica “normal”, sino que se construye sobre una serie de estándares que han sido definidos y legitimados en contextos históricos, sociales y culturales específicos. Tal como lo señalan la psicóloga Melissa S. Cruz Puerto y la investigadora María Sandín Vázquez (2024) esta perspectiva “se basa en los estándares de normalidad establecidos socio-históricamente” (pág. 215), lo que implica que no se trata de una categoría neutra ni universal, sino de una construcción que responde a criterios normativos que han variado a lo largo del tiempo y que están atravesados por relaciones de poder, saber, inclusión y exclusión.

Desde esta mirada, lo neurotípico no representa una esencia, sino una expectativa: la de una mente unificada, que por lo general funciona de manera lineal, coherente, predecible y socialmente funcional según los parámetros dominantes. Esta expectativa opera como marco de referencia para evaluar otras formas de subjetividad, y en muchos casos, para patologizarlas. En consecuencia, la perspectiva neurotípica no solo define lo que se considera “salud mental”, sino que también delimita lo que se entiende como disrupción, alteración o trastorno.

La concepción de la enfermedad mental no debería entenderse como una categoría fija, ni universal. Por el contrario, diversos enfoques contemporáneos sugieren que su

definición está en constante movimiento, en diálogo y a veces en tensión con los valores, temores y creencias de la sociedad que la enuncia. Así como lo afirma Foucault (1964) “la locura se enraíza en el mundo moral” (pág. 153). En este sentido, más que una entidad objetiva, la enfermedad mental podría pensarse como un reflejo cultural, una forma de nombrar aquello que desborda los márgenes de lo considerado “normal” en un momento histórico determinado.

Desde esta perspectiva, autores como Michel Foucault han problematizado la forma en que las instituciones psiquiátricas, los discursos médicos y las prácticas sociales han contribuido a construir la noción de locura, no solo como diagnóstico clínico, sino como mecanismo de exclusión. En *Historia de la locura en la época clásica*, Foucault (1964) plantea que la locura fue separada de la razón no por criterios científicos, sino por decisiones morales y políticas que respondían a necesidades de orden social:

la sinrazón [...] es juzgada: y no sólo una vez, a la entrada del asilo, para ser reconocida, clasificada y absuelta para siempre; está sujeta, al contrario, a un juicio perpetuo, que no cesa de perseguirla y de aplicarle sanciones, de proclamar sus faltas y de exigir enmiendas honorables, y finalmente de excluir a aquellos cuyas faltas puedan comprometer por largo tiempo el buen orden social. (pág. 534)

Reconocer el carácter socio-histórico de esta perspectiva permite cuestionar la aparente neutralidad de los discursos clínicos, sociales y de las representaciones artísticas, abriendo así un espacio para una comprensión más plural de la neurodiversidad. En el caso del Trastorno de Identidad Disociativo (TID), esta reflexión resulta especialmente relevante, ya que la multiplicidad psíquica que caracteriza a este perfil psicológico desafía las nociones tradicionales de identidad, continuidad y unicidad que subyacen a la perspectiva neurotípica.

Así, problematizar esta categoría no implica negar su utilidad diagnóstica, sino más bien ampliar el horizonte de comprensión sobre las formas diversas de habitar la mente y el mundo.

A nivel social, el diagnóstico puede funcionar como una forma de normalización, definiendo qué conductas, emociones o modos de estar en el mundo son aceptables, y cuáles deben ser corregidos o medicalizados. Esta lógica puede derivar en procesos de estigmatización, exclusión o silenciamiento, especialmente cuando el diagnóstico se convierte en el único lente a través del cual se interpreta la vida de una persona. En lugar de ampliar la comprensión del sujeto, puede reducirlo a una etiqueta que condiciona su identidad, sus vínculos y su narrativa personal.

Este enfoque invita a preguntarse si, en ciertos casos, el diagnóstico psiquiátrico puede operar como un dispositivo de poder: una forma de regular cuerpos, subjetividades y comportamientos que se desvían de la norma. Foucault (1964) plantea que “Si el personaje médico puede aislar la locura, no es porque la conozca, sino porque la domina; y lo que dentro del positivismo tomará figura de objetividad, no será sino el otro declive de esta dominación” (pág. 537). En este marco, la psiquiatría no sería únicamente una disciplina terapéutica, sino también una tecnología de control que participa en la producción de lo que se considera “salud” o “enfermedad”, “razón” o “sinrazón”.

No se trata de negar la existencia del sufrimiento psíquico, ni de deslegitimar la intervención clínica, sino de abrir el debate sobre los criterios que definen la enfermedad mental, los efectos que produce su categorización o diagnosticación y las implicaciones éticas de su tratamiento.

Al pensar el diagnóstico asignado a un consultante, se puede ver como este de alguna manera puede reducir a la persona solo a la existencia del mismo, sus acciones, decisiones, valores y pensamientos son vistos bajo una mirada clínica y no como una parte del ser, y

aunque el diagnóstico puede ser esclarecedor y dar tranquilidad para algunos que por mucho tiempo han buscado explicaciones de cómo sienten, ven y habitan el mundo, en otros el diagnóstico probablemente se vuelve una carga más a la que enfrenarse, así lo propone la psiquiatra Laura Martín López Andrade (2022), en su conferencia *La violencia del diagnóstico*.

En el campo de la salud mental, el diagnóstico cumple una función estructurante: permite organizar síntomas, orientar intervenciones y ofrecer un marco de sentido para experiencias que, en muchos casos, resultan desconcertantes o dolorosas. Como lo plantean la doctora en ciencias sociales Agustina Barukel y la psicóloga Alicia Stolkner (2018), el diagnóstico “traza las metas de los abordajes o tratamientos, permite proyectar ‘expectativas’, qué es lo esperable de cada uno y para cada uno” (pág. 648). En este sentido, el acto de diagnosticar no solo busca comprender al paciente, sino también ordenar el sistema que lo contiene. Sin embargo, cuando el diagnóstico se convierte en el único lente a través del cual se interpreta la vida de una persona surgen riesgos que merecen ser problematizados.

Uno de los principales riesgos es la reducción de la subjetividad. Tanto el diagnóstico clínico como la revictimización comparten una estructura simbólica que tiende a despojar al sujeto de agencia, reduciendo su experiencia a una categoría que lo define desde el déficit, el daño o la alteración. En el caso del diagnóstico, al ser nombrado únicamente por este, el individuo corre el peligro de ser percibido como un conjunto de síntomas, perdiendo la complejidad de su historia, sus vínculos, sus decisiones y sus valores. Esta mirada puede cristalizarse en los discursos institucionales, en las prácticas terapéuticas e incluso en la forma en que el propio sujeto se narra a sí mismo; corriendo el riesgo de ser percibido exclusivamente a través de su enfermedad, como si esta agotara la totalidad de su ser. Su historia, sus vínculos, sus decisiones y sus valores quedan subordinados a una etiqueta que delimita lo que puede decir, sentir o reclamar. De manera similar, en contextos de violencia,

especialmente sexual, la figura de la víctima puede quedar atrapada en una narrativa que la representa únicamente desde el trauma, anulando su capacidad de reconstruirse, de narrarse desde otros lugares o de ejercer poder sobre su propia historia.

La escritora y cineasta Virginie Despentes (2007) afirma que “La violación es la guerra civil, la organización política a través de la cual un sexo declara al otro: yo tomo todos los derechos sobre ti, te fuerzo a sentirte inferior, culpable y degradada” (pág. 43).

Permitiendo pensar esta dinámica como una forma de sometimiento que excede el acto puntual de violencia. Se trata de una estructura que organiza la percepción del otro, lo inscribe en una posición de inferioridad y lo obliga a habitar una identidad impuesta. Esta lógica, aunque con lenguajes distintos, puede encontrarse también en ciertos discursos clínicos, donde el diagnóstico opera como una forma de captura que condiciona la mirada externa y, en muchos casos, la autopercepción del sujeto.

Además, existe el riesgo de que el diagnóstico reconfigure la identidad del consultante, no como una herramienta de comprensión, sino como una carga que define lo que puede o no puede hacer, sentir o pensar. En algunos casos, el diagnóstico puede ser vivido como una forma de alivio una explicación que da sentido, pero en otros, puede operar como una forma de exclusión, reforzando la idea de que el sujeto está “fallido”, “roto” o “incapaz”.

Desde una mirada crítica, Michel Foucault (1964) ha señalado que los saberes clínicos no son neutrales, sino que participan en la producción de subjetividades y en la regulación de lo que se considera normal o patológico.

la noción misma de enfermedad la que se ha alterado, pasando de un significado patológico a un valor puramente crítico. La actividad racional que repartía los signos

de la locura se ha transformado secretamente en una conciencia razonable que los enumera y los denuncia. (pág. 214)

En este sentido, el diagnóstico psiquiátrico no solo describe, sino que también prescribe: delimita comportamientos aceptables, define trayectorias posibles y organiza el acceso a derechos o tratamientos.

Este trabajo se propone explorar estas tensiones, reconociendo que el diagnóstico puede ser una herramienta útil, pero también una forma de reducción si no se acompaña de una ética del cuidado que reconozca la singularidad, la agencia y la dignidad del sujeto. Tal como plantea el psicólogo Jorge Larreamendy-Joerns (2011), la agencia se define como “una transformación del repertorio de acciones intencionales que se espera que alguien pueda desplegar en el contexto de la práctica social o de sistemas de actividad específicos” (pág. 8). Esta definición permite considerar que el sujeto no solo actúa dentro de un sistema, sino que puede reconfigurar su lugar en él, ampliando o desafiando las expectativas normativas que lo constituyen. En el caso del Trastorno de Identidad Disociativa (TID), esta noción resulta especialmente potente, ya que posibilita representar a los personajes no como fragmentos patológicos, sino como agentes narrativos que negocian, reinventan y legitiman sus múltiples voces en contextos que históricamente los han silenciado. Desde esta mirada, *Reblujos Mentales* se convirtió en un espacio donde la disociación no se interpreta como una falla, sino como una forma legítima de existencia simbólica, y donde la agencia se manifiesta como posibilidad de reescritura identitaria.

En el marco del TID, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) (2014) afirma que “La característica definitoria de un trastorno de identidad disociativo es la presencia de dos o más estados de personalidad distintos” (pág. 292). Para el anuario de investigación de la Universidad de Buenos Aires (Argentina), psiquiatras como

Lucila González, Micaela Ponieman y M. Marta Areco (2020) han señalado que tras experiencias traumáticas severas, la mente puede organizarse en “sistemas de acción defensivos (dedicados a la supervivencia ante amenazas) y otros dedicados a actividades de la vida diaria y supervivencia” (págs. 31-32). Esta distinción, permite comprender que cada identidad disociada no surge de manera arbitraria, sino como respuesta funcional a exigencias psíquicas específicas. En este sentido, las personalidades múltiples actúan como dispositivos que protegen, median o sostienen aspectos fragmentados de la experiencia subjetiva. *Reblujos Mentales* expone este sistema de protección al presentar a Gabriela como un sistema narrativo compuesto por tres identidades con funciones diferenciadas: Gab, encargada de contener el dolor traumático y proteger; Ela, orientada a enfrentar situaciones de riesgo con determinación; y Gabi, que preserva la inocencia y la memoria emocional pre-traumática. Cada una encarna una estrategia de supervivencia psíquica, revelando que el Trastorno de Identidad Disociativo no es solo una patología, sino una forma de agencia distribuida que organiza el mundo interno en torno al cuidado, la defensa y la preservación del “yo”. Esta perspectiva permite problematizar los discursos clínicos que reducen el TID a una anomalía, y abre la posibilidad de pensar la multiplicidad identitaria como una respuesta ética y simbólica ante el sufrimiento.

Además, en el estudio contemporáneo del Trastorno de Identidad Disociativo (TID), han emergido conceptos que permiten describir con mayor precisión la dinámica interna de los sistemas de identidades. La *International Society for the Study of Trauma and Dissociation* (2011) define estos sistemas como “las características cognitivas, afectivas y psicodinámicas que encarna cada identidad, al tiempo que atienden a las identidades

colectivamente como un sistema de representación, simbolización y significado²” (pág. 123). Esta definición sugiere que las identidades no operan de manera aislada, sino que conforman una estructura relacional que organiza la experiencia subjetiva en torno a funciones específicas y vínculos internos de cada identidad.

Dentro de este marco, dos conceptos resultan especialmente relevantes para comprender cómo se articulan las identidades en una misma estructura psíquica: la co-conciencia y el co-fronting. Según la Sociedad científica antes citada, la co-conciencia se refiere a “la cooperación interna y la conciencia conjunta entre las identidades³” (pág. 139), lo que implica que múltiples partes del sistema pueden compartir simultáneamente la percepción del entorno, el pensamiento y la memoria. Este fenómeno desafía la idea de que cada identidad actúa de forma completamente autónoma siempre, y abre la posibilidad de pensar la disociación como una experiencia intersubjetiva dentro del propio sujeto.

Por su parte, el término co-fronting fue descrito por Kristian McElroy (2024), quien ha sido diagnosticado con TID, como “una delicada danza de gestión de identidades e interacciones externas, trabajando para asegurar que todos se sientan escuchados y respetados⁴” (párr. 4). Esta definición, desde una perspectiva vivencial, enfatiza el carácter negociado y ético del funcionamiento interno del sistema, donde la presencia simultánea de varias identidades en la interacción con el mundo externo requiere coordinación, respeto mutuo y sensibilidad hacia las necesidades de cada parte.

No obstante, es necesario considerar que esta forma de nombrar y conceptualizar la experiencia disociativa está atravesada por condiciones particulares que no pueden

² Traducción propia del texto *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision* (International Society for the Study of Trauma Dissociation, 2011).

³ Traducción propia del texto *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*. (International Society for the Study of Trauma Dissociation, 2011).

⁴ Traducción propia del blog *HealthyPlace* (McElroy, 2024).

generalizarse. La posibilidad de articular con claridad estos estados de la mente, como lo hace McElroy, puede estar mediada por factores de acceso, contexto y privilegio que habilitan ciertos modos de expresión y reconocimiento. Esto no implica deslegitimar su testimonio, sino reconocer que no todas las personas que habitan experiencias disociativas y en particular el TID cuentan con los mismos recursos simbólicos, sociales o institucionales para nombrarse desde el mismo lugar.

Pensar en las formas de habitar el mundo para una persona con Trastorno de Identidad Disociativo conlleva reconocer una complejidad que va más allá del diagnóstico clínico. No se trata únicamente de los desafíos previos o posteriores al momento en que se nombra la “condición”, sino de reconocer la experiencia cotidiana de vivir desde una multiplicidad interna en un entorno que exige coherencia, continuidad y unicidad. Habitar, desde un solo cuerpo, diversas formas de ver, sentir, reaccionar y vincularse con el mundo podrían representar un reto constante, especialmente en sociedades que operan bajo la suposición de una identidad estable y singular.

Esta tensión se manifiesta en actividades aparentemente simples, como diligenciar un formulario que solicita “nombre completo”, “fecha de nacimiento” o “ocupación”, sin contemplar que la persona que responde puede no sentirse representada por esos datos en ese momento. También aparece en situaciones sociales cotidianas, como encontrarse con un amigo que una identidad conoce y otra no, o asistir al trabajo y enfrentar un detonante emocional que active una parte del sistema que no comparte recuerdos ni habilidades con la que estaba previamente en control. En estos casos, lo que para la mayoría puede parecer una rutina, para una persona con Trastorno de Identidad Disociativa (TID) puede convertirse en una experiencia de desorientación, ansiedad o conflicto interno.

La exigencia de encajar en un mundo que presupone la unidad de la identidad puede generar formas de sufrimiento que no derivan directamente del perfil psicológico, sino de la

fricción entre la vivencia interna y las expectativas externas. Esta fricción puede intensificarse cuando el diagnóstico, lejos de abrir espacios de comprensión, se convierte en una etiqueta que refuerza la idea de anormalidad o fragmentación patológica. En lugar de reconocer la pluralidad como una forma legítima de subjetividad, se tiende a medicalizarla, invisibilizando las estrategias de adaptación, comunicación y cuidado que muchas personas con TID desarrollan en su vida cotidiana. Así lo afirma el psiquiatra clínico Juan Aníbal González (2023), planteando que el objetivo de la terapia debería ser “lograr una personalidad integrada con una sola metaconciencia” (pág. 471).

La noción de identidad como unidad cerrada, estable y coherente ha sido ampliamente cuestionada por diversas corrientes filosóficas y clínicas contemporáneas. En este proyecto, se parte de una concepción alternativa, donde la identidad se configura como una unidad abierta, atravesada por la multiplicidad y sostenida por la articulación narrativa⁵. Tal como lo sugiere Sylvia Dávila (2017) en su tesis sobre la lectura de Nietzsche, “cuando alude a la unidad no se refiere a la identidad clausurada, estática e inmutable, sino más bien a una unidad atravesada por la multiplicidad, abierta y productiva” (pág. 121). Esta afirmación permite problematizar los modelos tradicionales del “yo” como esencia fija, como los que se desprenden de ciertas lecturas clásicas del psicoanálisis. Por ejemplo, Freud (1993) plantea que “el yo representa lo que pudiéramos llamar la razón” (pág. 560), lo que sugiere una concepción del “yo” como instancia organizadora, racional y central dentro del aparato psíquico. Sin embargo, esta formulación, aunque influyente, puede ser cuestionada a la luz de

⁵Cabe señalar que la noción de multiplicidad, así como los modos en que se articula narrativamente, no se limitan al campo clínico o artístico, sino que forman parte de una preocupación más amplia en la filosofía contemporánea. Diversas corrientes han problematizado la idea de sujeto unitario, proponiendo modelos que reconocen la fragmentación, la discontinuidad y la pluralidad como dimensiones constitutivas de la experiencia. Esta discusión permanece abierta y atraviesa múltiples disciplinas, desde la epistemología hasta la estética, sin ofrecer una síntesis definitiva, pero sí habilitando nuevas formas de pensar la subjetividad y su representación.

enfoques que reconocen la fragmentación, la contradicción y la pluralidad como dimensiones constitutivas de la subjetividad.

En lugar de entender la identidad como un núcleo racional que debe integrar o dominar las demás instancias, se propone pensarla como una forma de organización sistémica simbólica que no excluye la diferencia interna, sino que la incorpora como parte de su funcionamiento. Esta perspectiva no busca invalidar los aportes freudianos, sino abrir el debate sobre cómo se ha conceptualizado el “yo” en la tradición clínica, y cómo estas conceptualizaciones pueden dialogar con experiencias subjetivas que desbordan los límites de la coherencia, la continuidad y la unicidad, abriendo la posibilidad de pensar la identidad como una forma de organización sistémica simbólica que no excluye la multiplicidad interna ni el cambio, sino que la incorpora como parte constitutiva.

Desde esta perspectiva, lo múltiple no representa necesariamente una amenaza para la coherencia del sujeto; podría, más bien, constituir una forma legítima y ética de existencia. Paul Ricoeur (2026), en su propuesta de identidad narrativa, plantea que:

no nos asombrará ver a la identidad narrativa oscilar entre dos límites, un límite inferior, donde la permanencia en el tiempo expresa la confusión del ídem y del ipse, y un límite superior, en el que el ipse plantea la cuestión de su identidad sin la ayuda y el apoyo del ídem. (pág. 120)

Entendiendo el ídem como lo que permanece igual en el tiempo (la mismidad), y el ipse: lo que cambia, promete, actúa, se responsabiliza (la ipseidad). El sujeto no se define por una continuidad sustancial, sino por la capacidad de hilar sus fragmentos en una historia que le otorgue sentido. Esta narrativa no busca eliminar la discontinuidad, sino sostenerla

simbólicamente, permitiendo que las voces internas incluso las contradictorias convivan en una trama que da forma y profundidad al yo.

Así, pensar la identidad como unidad múltiple no implica renunciar al sentido, sino redefinirlo: no como síntesis totalizante, sino como apertura narrativa que dignifica la complejidad del sujeto. Esta postura invita a repensar los marcos clínicos, éticos y narrativos desde una sensibilidad que reconozca la legitimidad de lo fragmentario y la potencia transformadora de lo simbólico, como lo propone el mismo Juan Aníbal González (2023):

pacientes con TID no lograrán la unificación, y en ocasiones, ni tan siquiera la desearán [...] En estos casos, es más realista y efectivo que el tratamiento se dirija a lograr la resolución, también conocida como integración parcial o multiplicidad funcional (pág. 471).

En el ámbito de la psique y la identidad, se puede argumentar que la realidad sobre la que se apoya toda simbología se encuentra en una constante tensión con “lo real”. Ildefonso Sánchez (2014) en su artículo *Lo simbólico y lo imaginario a propósito del hombre. Supuestos para una reflexión sobre la mujer* lo plantea de la siguiente manera: “la realidad construida sobre la que toda simbología se apoya está constantemente amenazada por lo real, en donde se origina un nuevo ser que deja sin soporte los supuestos fundamentales de la realidad construida” (pág. 55), una reflexión sobre la fragilidad de las estructuras simbólicas que organizan nuestra percepción del mundo. En este sentido, este “real” se podría entender como aquella dimensión de la experiencia que escapa a la representación, a la palabra y a la estructura social, y que tiene el poder de dislocar los fundamentos de la realidad construida. Desde esta perspectiva, la identidad singular y coherente, exigida por la sociedad y las instituciones, representa una realidad construida por el conjunto de significados, normas y

narrativas que configuran lo que una sociedad considera “normal”, “verdadero” o “coherente”. Esta realidad es sostenida por el lenguaje, las instituciones y los discursos que delimitan lo que es aceptable y lo que no; es decir, una convención que permite la interacción, la organización y la pertenencia.

No obstante, esta construcción simbólica se ve amenazada en este caso por el trauma que irrumpe en la psique y exige una respuesta. En el Trastorno de Identidad Disociativa (TID), esta irrupción se manifiesta en la creación de las identidades, y estas no se ajustan a las normas del “yo” unitario. La existencia misma de estas personalidades deja sin soporte los supuestos fundamentos de la realidad construida, poniendo en evidencia su fragilidad.

Así, en el guion de *Reblujos Mentales* la fragmentación de la protagonista no es una simple patología, sino una manifestación de lo real que desafía el sistema institucional que busca contenerla. Desde esta perspectiva, el hospital no solo representa un espacio físico, sino también un dispositivo simbólico que intenta sostener una realidad construida, negando la legitimidad de lo real que habita en Gabriela. La llegada de María, introduce una grieta en ese sistema, al reconocer que lo real no debe ser reprimido, sino escuchado. En contraste, el doctor López encarna la defensa de la realidad construida en la institucionalidad psiquiátrica como herramienta de poder, manipulando lo real para sus propios fines. Este conflicto permite explorar cómo el cine puede representar la tensión entre lo real y la realidad construida, no como una oposición binaria, sino como un campo de negociación constante.

En el desarrollo de este trabajo, resulta necesario detenerse en el papel que cumple el lenguaje como mediador entre la experiencia subjetiva y su representación social. Si el diagnóstico en salud mental puede operar como una forma de nombrar, delimitar o incluso reducir la pluralidad interna de una persona, entonces es pertinente preguntarse qué efectos produce el lenguaje que lo sostiene. No se trata únicamente de cómo se describe una realidad clínica, sino de cómo ciertos enunciados al repetirse, institucionalizarse y naturalizarse

configuran modos de ser, de narrarse y de habitar el mundo. En este sentido, el lenguaje no es un vehículo neutro, sino una práctica performativa que participa activamente en la construcción de la realidad, la subjetividad y la legitimidad.

El lenguaje constituye el instrumento principal a través del cual construimos y reproducimos nuestro mundo social. Como afirma Judith Butler (2007), “el lenguaje acepta y cambia su poder para actuar sobre lo real mediante actos locutorios que, al repetirse, se transforman en prácticas afianzadas y, con el tiempo, en instituciones” (pág. 233). Desde esta perspectiva, cada acto de habla participa en una “puesta en escena” de la realidad, una iteración que, al consolidarse, adopta la forma de norma y termina por organizar nuestras conductas cotidianas. De igual modo, Mónica Calderone (2024) denomina “violencia simbólica” al proceso por el cual estas verdades naturalizadas imponen su lógica, justamente porque han sido consolidadas en prácticas y estructuras de poder:

Hay aún otras eficacias simbólicas de las relaciones sociales que, en tanto tratan de estructuras de dominación, se vuelven violencia. Por un lado, la capacidad de producir representaciones ancladas en la estructura social, y con ello, de autorrepresentarse y autoubicarse (pág. 6).

Así, se puede argumentar que entender el lenguaje implica reconocer que cada enunciado porta una carga normativa, y que hablar es apostar por un mundo posible.

En el paradigma de la terapia narrativa, el sufrimiento deja de ser un “objeto” a desmenuzar en busca del momento exacto del trauma y deviene en un conjunto de efectos y consecuencias que requieren ser renombrados y resignificados. Como lo exponen Analía Losada y Micaela Faga (2022), la terapia narrativa “no se enfoca en la exposición del trauma, ni exige que la persona relate la situación de abuso en un momento específico; la terapia

narrativa propone trabajar con los efectos y las consecuencias del trauma” (pág. 22), y así no caer en revictimizaciones. Al centrar el guion *Reblujos Mentales* en la forma en que esos efectos habitan el relato vital, en lugar de obligar a la protagonista a revivir compulsivamente el abuso, fue posible abrir un espacio donde las múltiples voces internas pudieran emerger, reconocerse y reescribirse. De este modo, la fragmentación no se interpreta como un fallo del “yo”, sino como la posibilidad de encarnar distintos matices de agencia y resistencia que, al articularse en un hilo narrativo coherente, sostienen una identidad simbólicamente viable para la historia y, así mismo, se evita la revictimización, tanto en temas de abuso sexual como de violencia simbólica a través del diagnóstico.

En este sentido, la ética del cuidado representa una ruptura epistemológica con los modelos éticos tradicionales, que a menudo se basan en principios teóricos, universales e impersonales. Como lo plantea la filósofa contemporánea Mercer E. Gary (2022), “la ética del cuidado fundamenta el razonamiento ético en la consideración de otros concretos y particulares, y de contextos materiales específicos, más que en escenarios generalizados y abstractos⁶” (pág. 3). Este enfoque podría considerarse especialmente pertinente para el campo de la salud mental, donde la aplicación de protocolos estandarizados institucional puede, en ocasiones, invisibilizar la experiencia singular del paciente.

Desde esta perspectiva, un tratamiento no puede ser eficaz si se limita a la mera aplicación de un diagnóstico. Por el contrario, exige un acercamiento personalizado y contextualizado que reconozca las historias, las relaciones y los entornos específicos del individuo. En el caso del Trastorno de Identidad Disociativa (TID), la ética del cuidado se vuelve fundamental. Considerando que un profesional que se guiará por esta ética

⁶ Traducción propia del artículo *From care ethics to pluralist care theory: The state of the field* (Gary, 2022).

posiblemente no vería la multiplicidad como una patología a eliminar, sino como una respuesta adaptativa a un trauma particular.

La exploración de la vivencia del Trastorno de Identidad Disociativa (TID) se nutre significativamente de las narrativas autobiográficas, las cuales ofrecen una perspectiva interna que contrasta con la representación clínica o sensacionalista del cine. La obra de Olga Trujillo, *La Suma de Mis Partes* (2019), es un referente en este sentido, ya que relata su historia personal desde el origen del TID, entendido como un mecanismo de protección ante el trauma familiar, hasta su posterior vida como profesional y esposa. Este testimonio permitió una aproximación a esta realidad, evitando las revictimizaciones y los estereotipos. Esta perspectiva propone que el individuo no está subordinado a su diagnóstico, sino que lo atraviesa y lo resignifica, según la propia Olga Trujillo (2019) quien afirma: “gracias a, haber desarrollado TID. Podemos vivir (y vivimos) unas vidas plenas y felices, a pesar de lo que nos hicieron. Somos más que la legendaria suma de nuestras partes.” (p.12).

Desde esta mirada, *Reblujos Mentales* busca construir una trama donde la agencia del personaje es primordial. El guion se aparta de una estructura donde esta realidad es el único motor de la acción y, en su lugar, propone que las escenas están al servicio del desarrollo y la transformación de la protagonista. Este enfoque se distancia de las narrativas que reducen a los personajes a su patología, presentándolos como sujetos activos de su propia historia, capaces de resignificar su experiencia de vida.

En el ámbito de la escritura, el guionista y director Daniel Tubau (2015) señala que “El error consiste en que, al examinar la estructura, nos preocupemos de manera exclusiva por saber dónde está el protagonista, porque lo que verdaderamente le tiene que preocupar a un narrador es dónde está el espectador” (pág. 19). Esta reflexión invita a pensar la narrativa audiovisual más allá de la lógica interna del personaje y su recorrido dramático, situando la atención en la experiencia de la espectadora como parte constitutiva del relato. Si bien la

planificación estructural con sus actos, puntos de giro, clímax y desenlaces resulta indispensable para garantizar la coherencia de la trama, la escritura de guion no se reduce a un ejercicio técnico de organización de acontecimientos. La elección de cómo se cuenta la historia, qué se revela y qué se oculta, y en qué momento se permite a la espectadora acceder a la subjetividad del protagonista, son decisiones que definen la potencia narrativa y la capacidad de la obra para generar identificación, distancia crítica o incluso representación.

Una propuesta similar es planteada por el escritor Brandon Sanderson (2022) al exponer que “Lo primero que hace un personaje a favor de una historia, y uno de los principales motivos por lo que a la gente le importa dicha historia, es despertar la empatía” (pág. 194). En este sentido, la construcción de personajes no puede pensarse únicamente como un proceso interno de caracterización psicológica o funcional, sino como un acto relacional que se despliega en la mirada de la espectadora. La guionista, al diseñar las acciones y los diálogos, también está configurando un espacio de encuentro donde el público puede reconocerse, cuestionarse o verse interpelado por las tensiones que atraviesan la historia. La narrativa, entonces, no solo organiza el devenir del protagonista, sino que abre un campo de significación compartido, en el que la experiencia de la espectadora se convierte en parte activa de la obra. Esta perspectiva pretende establecer una herramienta que permita hacerse consiente sobre la responsabilidad de la guionista en la creación de relatos que, además de estructurados, sean capaces de dialogar con quienes los reciben, habilitando múltiples formas de conexión y representación.

Estas perspectivas permiten que la historia de Gabriela no se organice únicamente en función de lo que le ocurre como protagonista, sino de cómo la espectadora es invitada a experimentar la disociación desde dentro. la empatía como motor de la conexión narrativa se refleja en la construcción de los personajes de María y Gabriela. La relación entre ambas no se limita a un vínculo clínico, sino que abre un espacio de reconocimiento mutuo donde la

espectadora puede identificarse con la vulnerabilidad de Gabriela y, al mismo tiempo, con la ética del cuidado que encarna María. La empatía no se construye únicamente a través de la caracterización psicológica, sino mediante las decisiones narrativas que permiten al público acceder a las múltiples voces de Gabriela y comprenderlas como formas legítimas de subjetividad.

A lo largo de la historia, el cine ha explorado las complejidades de la mente humana, pero a menudo ha recurrido a estereotipos que han contribuido a la deshumanización y el estigma. Películas como *Fight Club* (Fincher, 1999), donde se ve el cómo la sociedad y la salud desestiman las enfermedades relacionadas con la salud mental catalogándolas como irreales. Obligando a las personas que lo padecen a fingir quienes no son, en espacios no diseñados para ellos; como los clubes, donde buscarán consuelo y una ayuda claramente inadecuada para su situación; la manifestación de Tyler Durden representa un alter-ego que desafía las normas de una sociedad consumista y anestesiada. Sin embargo, esta representación tiende a romantizar la violencia y el caos como una vía de escape, desestimando la complejidad de la enfermedad mental como un trauma real, usándola como recurso narrativo como lo propone Andrea Velilla (2019) en su trabajo de grado:

la película es prueba de la vinculación entre el TID y la violencia, aunque sí que es cierto que la intención inicial de Fincher no era la de crear este estereotipo, sino la de presentar este terrorismo/violencia como una lucha contra el sistema capitalista y globalizado en el que se desarrolla la misma (pág. 24).

El guion *Reblujos Mentales* busca distanciarse de esta dinámica; Gabriela, la protagonista, y sus personalidades lidian con el autodescubrimiento y, en última instancia, busca la integración y el bienestar de Gabriela en sociedad. El guion no utiliza la disociación

como un recurso para la subversión social, sino como la manifestación de un conflicto interno que requiere validación, no violencia.

Por otro lado, aunque no aborda directamente el TID, la obra cinematográfica *Black Swan* (Aronofsky, 2010) ofrece una representación pertinente sobre la lucha por alcanzar la perfección a través de la integración de aspectos antagónicos del ser. El filme explora cómo la madurez y el desarrollo de una personalidad completa exigen la aceptación de un lado “oscuro” o reprimido que influye en las acciones del individuo. En esta narrativa, el personaje de Nina se enfrenta a un conflicto dualista, donde su “yo” inocente y reprimido (el cisne blanco) confronta sus pulsiones transgresoras (el cisne negro), una tensión que culmina en una espiral autodestructiva. Si bien esta representación es dramáticamente poderosa, se podría argumentar que refuerza un imaginario maniqueo y sensacionalista del conflicto psicológico como una batalla de suma cero. Este tipo de aproximación, si bien efectiva en la pantalla, simplifica la complejidad de la psique humana y promueve la idea de que la lucha mental solo puede conducir a la autodestrucción.

A diferencia de este enfoque, *Reblujos Mentales* se propone resignificar la narrativa del conflicto interno. En lugar de enfrentar a un “cisne blanco” contra un “cisne negro” que transgrede las normas sociales, el guion retrata un proceso de autodescubrimiento en el que cada personalidad de Gabriela tiene una función específica para su supervivencia. A través de un acompañamiento psiquiátrico y social empático, estas identidades no buscan anularse entre sí, sino que se integran en un sistema que les permite alcanzar sus objetivos sin vulnerar los criterios éticos o morales de la sociedad. Esta perspectiva, inspirada en visiones humanistas del tratamiento, plantea una discusión sobre cómo la empatía y la validación pueden transformar la lucha interna en un camino de autoconocimiento.

La película argentina *Hombre mirando al sudeste* (Subiela, 1986), fue un referente clave para el conflicto sobre el tratamiento médico. El filme explora la relación entre el Dr.

Julio Denis y su paciente Rantes, quien afirma ser de otro planeta. Esta película cuestiona las diferentes formas de abordar la psiquiatría, planteando cómo el tratamiento puede influir en el desarrollo del paciente, ya sea para integrarse en la sociedad o para convertirse en una carga para sí mismo y sus familias.

Reblujos Mentales se alinea con este dilema, poniendo en evidencia las formas de tratamiento actuales. El guion confronta una psiquiatría apegada a la farmacología como método de control (personificada en Víctor y López) con una visión más humanista, centrada en la comprensión de la realidad interna del paciente (personificada en María). De esta forma, se busca que Gabriela pueda liberarse de las “cadenas” que suponen una vida de medicación, y encontrar un camino hacia la libertad y la integración social.

Una de las representaciones cinematográficas más reconocidas del TID se encuentra en la película *Split* (Shyamalan, 2016). En esta obra, el protagonista, Kevin, presenta 23 identidades, de las cuales tres son las más prominentes: Dennis, Hedwig y Patricia. Y aunque estas personalidades están construidas bajo la lógica del TID donde cada una de ellas cumple un rol para proteger a Kevin, se puede argumentar que estas personalidades están construidas con una clara connotación negativa, incluso peligrosa, lo que refuerza el estigma social. A pesar de que el personaje recurre a la terapia psicológica de forma regular con una terapeuta empática que prioriza el diálogo y el entendimiento entre las diferentes identidades, la misma terapeuta que da a conocer la realidad de lo que es la co-consciencia las personalidades y el co-fronting y cómo esto influye en el comportamiento de las personas con TID, el desenlace de la película plantea que una de las identidades más hostiles, denominada “La Bestia”, termina por tomar el control absoluto del cuerpo. Este giro narrativo, aunque eficaz para el thriller dramático, podría considerarse problemático, ya que refuerza la idea de que este tipo de terapia no es suficiente para la integración en la sociedad y que la realidad de

multiplicidad lleva inevitablemente a la peligrosidad. Como lo menciona el antropólogo Francisco de la Peña Martínez (2009):

el cine que se ha ocupado explícitamente del fenómeno de la locura se ha interesado menos en recrearla objetivamente y hacerla comprensible que en servirse de ella para atrapar a los espectadores en tramas eficaces y rentables que estimulan el morbo o la fascinación que la enfermedad mental provoca en las personas comunes y corrientes (pág. 15).

Así pues, el personaje de Kevin, aun cuando es el protagonista se usa como detonante y motivador para que Casey; una de las chicas secuestradas, confronte su trauma y pueda superarlo y empezar de nuevo. En contraposición, un guion como *Reblujos Mentales* busca ofrecer una perspectiva alternativa. Si bien no pretende establecer una única verdad o una mirada objetiva como supone la perspectiva de Francisco sobre el tratamiento o esta realidad, se distancia del sensacionalismo dramático para explorar la complejidad y la exigencia inherente de la enfermedad mental, sin la necesidad de un convertirla en villano interno, el detonante o motivador de alguien más dentro de la historia. Esta propuesta narrativa examina una aproximación cinematográfica enfocada en la realidad psicológica de quienes la habitan y no en las excentricidades de la gran pantalla.

Psycho (Hitchcock, 1960) como pilar del thriller psicológico, su relevancia más allá de la representación de la enfermedad mental, reside en su subversión del arco narrativo tradicional. Al principio, la audiencia es guiada a creer que Marion Crane es la protagonista. Sin embargo, en un giro dramático sin precedentes. El director, asesina a Marion en la mitad de la película para revelar que el verdadero protagonista es Norman Bates. Este audaz movimiento no solo rompió las convenciones de la época, sino que sumergió a las

espectadoras directamente en la psique del personaje, obligándolo a confrontar una narrativa fragmentada y ambigua, lo que lo hace muy relevante para tu trabajo.

Aun así, la película presenta a Norman Bates, un personaje cuya identidad fragmentada es la fuente central del horror. El film construye un personaje con identidades múltiples, donde la personalidad de su difunta madre domina su psique, llevándolo a cometer crímenes violentos. La narrativa de Hitchcock, aunque innovadora para su época, podría reforzar la noción de la disociación como una fuerza externa y peligrosa que anula la autonomía del individuo, convirtiéndolo en un ser sin control de sí mismo. Esta representación influyó en gran medida el imaginario colectivo, solidificando la imagen del “loco” como un asesino.

En contraste, *Reblujos Mentales* busca dismantelar esta conexión entre la enfermedad mental y la violencia. Si bien ambas narrativas se valen de la fragmentación del yo, el guion no la utiliza como motor de terror, sino como el punto de partida para una exploración psicológica. El guion se desmarca de la simplificación de que una identidad se opone a la otra, y en cambio presenta una visión donde cada “parte” de la protagonista tiene un propósito y puede ser funcional. De esta manera, el guion se aleja del sensacionalismo para ofrecer una representación, donde la enfermedad no es el villano, sino el campo de batalla de una lucha por la coherencia y la supervivencia.

La revisión de estas obras cinematográficas revela una tendencia a utilizar la disociación como un recurso narrativo para el drama, la villanía o la autodestrucción. Este guion, por el contrario, busca explorar esta realidad creando una narrativa que no se centre en el espectáculo, sino en la subjetividad del personaje, la complejidad de sus traumas y la búsqueda de una vida digna y posible.

Así es como *A Beautiful Mind* (Howard, 2001), basada en la biografía de John Nash, ofrece una representación cinematográfica de lo que anteriormente se conocía como

esquizofrenia paranoide. Sin embargo, más allá de su aproximación clínica, la obra plantea interrogantes relevantes sobre la construcción fílmica de la subjetividad del personaje.

Aunque el diagnóstico de Nash no corresponde al Trastorno de Identidad Disociativo (TID), la narrativa recurre a estrategias visuales y estructurales que evocan la experiencia de una mente escindida, lo que permite establecer ciertos paralelismos interpretativos con otras formas de disociación psíquica.

En particular, la película construye una lógica de cohabitación entre realidades divergentes, donde las alucinaciones se integran en la cotidianidad del protagonista sin que el relato marque una ruptura explícita. Esta decisión estética que evita el uso de efectos distorsionantes o saltos temporales abruptos, generando una empatía progresiva en las espectadoras, quien descubre junto a Nash la naturaleza de lo que en este trabajo se denomina “realidad del personaje”. Aunque no se trata de una representación directa del TID, sí se pone en escena una subjetividad que convive con múltiples voces, presencias y narrativas internas, lo que permite reflexionar sobre la multiplicidad del yo en el lenguaje audiovisual.

El momento de descubrimiento tanto para Nash como para las espectadoras que desconocen su historia se articula como una lucha por la verdad, tal como lo expresa la propia película: “La pesadilla de la esquizofrenia es no saber qué es verdad”. Esta afirmación, lejos de ser solo una línea de diálogo, es la manifestación de las decisiones narrativas y creativas que estructuran el film, y que problematizan la relación entre percepción, realidad del personaje y realidad del mundo. En este sentido, la película no solo representa una realidad clínica, sino que también cuestiona los dispositivos sociales que definen qué subjetividades son consideradas legítimas.

Entre estos dispositivos, el internamiento y la medicación aparecen como alternativas de tratamiento que no están exentas de crítica. La escena en la que Alicia, esposa de Nash, coloca el medicamento sobre una cajetilla de cigarrillos, sugiere una lectura simbólica en la

que ambos objetos; el fármaco y el cigarro pueden ser entendidos como elementos que pertenecen a la categoría de lo que culturalmente se considera “vicio”. Sin embargo, mientras el cigarro es socialmente condenado, el medicamento es validado como herramienta terapéutica. Esta tensión invita a reflexionar sobre los criterios que legitiman ciertas prácticas y patologizan otras, especialmente cuando se trata de cuerpos y mentes divergentes.

El internamiento, por su parte, es cuestionado no solo por la violencia implícita en la reclusión y el tratamiento institucional, sino también por el uso del saber médico como forma de coacción. En momentos de crisis, como cuando Nash decide suspender la medicación para recuperar su autosuficiencia, aunque ello implique el retorno de las alucinaciones, el psiquiatra Rosen recurre a su autoridad profesional para presionar la aceptación del tratamiento. Esta dinámica pone en evidencia el poder que se ejerce sobre el sujeto diagnosticado, y abre preguntas sobre la autonomía, el consentimiento y la legitimidad del discurso clínico.

La película también problematiza las implicaciones sociales del diagnóstico. En escenas como aquella en la que Nash conversa con el personal de recolección de basura y Alicia interpreta la situación como una alucinación únicamente porque el horario no coincide con el habitual, se revela cómo el diagnóstico puede distorsionar la percepción de lo cotidiano, y que las acciones de la persona estarán vistas bajo una mirada diagnóstica como velo de la verdad. Asimismo, el hecho de que Alicia tenga el poder de decidir sobre el internamiento y tratamiento de Nash en caso de que él se niegue, plantea interrogantes sobre la agencia del sujeto diagnosticado y el rol de los vínculos afectivos en la gestión del cuidado.

Finalmente, situaciones como la solicitud de un empleo de menor responsabilidad que el que Nash tenía antes del diagnóstico, y su expresión “entiendo que es demasiado pedir” ante la duda de su colega, evidencian cómo el estigma de las enfermedades mentales puede operar como una forma de exclusión laboral y simbólica. Estas escenas no solo muestran la

dificultad de reintegrarse socialmente, sino que también revelan la carga emocional que implica pedir reconocimiento en un sistema que asocia la salud mental con la productividad y la estabilidad.

Si bien la película puede ser reconocida por su sensibilidad narrativa, también presenta decisiones problemáticas en términos de representación de género; como el representar a Alicia únicamente como la mujer novia, esposa y madre que está ahí como esa ancla inamovible para sostener el peso de todas las dificultades y presiones que implica para la familia el tener un integrante con un diagnóstico como este, reforzando ciertos imaginarios tradicionales sobre el rol de la mujer en contextos de cuidado. Su responsabilidad de comprender, sostener y mediar entre la enfermedad y la sociedad recae sobre una lógica que, aunque narrativamente efectiva, reproduce tensiones culturales y problemáticas de género que hoy se discuten⁷. No obstante, al tratarse de una película biográfica, estas decisiones adquieren un sentido contextual que puede ser comprendido, aunque no necesariamente exento de cuestionamiento crítico.

A Beautiful Mind (Howard, 2001) se convierte así en un referente directo de esta investigación, al representar la alteración psíquica desde una perspectiva conciente que también ofrece momentos de crítica y reflexión sobre los dispositivos clínicos, sociales y culturales que configuran la experiencia de la enfermedad mental. Aunque no aborda el TID

⁷Si se desea profundizar sobre el reforzamiento simbólico de los roles binarios y heteronormados del género, Virginie Despentes en su libro *Teoría King Kong* (2007) pone en evidencia una tensión persistente en los imaginarios sociales contemporáneos: la asociación entre competencia y masculinidad, y la consecuente penalización simbólica de las mujeres que encarnan atributos tradicionalmente valorados en espacios de poder. Al exponer que “Es necesario reducir nuestro poder, nunca bien visto en una mujer: «competente» quiere decir todavía «masculino»” (pág. 18). Lo que sugiere que, en ciertos espacios, ser competente implica adoptar códigos masculinos, o al menos ser leída a través de ellos. En muchos contextos, la figura de la mujer competente sigue siendo recibida con ambivalencia. Su saber, su liderazgo o su capacidad de decisión no se interpretan simplemente como cualidades personales, sino como transgresiones a un orden simbólico que ha vinculado históricamente lo masculino con la autoridad y lo femenino con la docilidad, el cuidado o la emocionalidad. Esta lógica no solo limita las posibilidades de reconocimiento para las mujeres, sino que también impone formas de autocensura, donde el ejercicio del poder debe ser atenuado, disimulado o negociado para evitar el rechazo social.

de manera directa, su tratamiento de la subjetividad escindida, la lucha por la autonomía y la negociación con el entorno permite establecer vínculos interpretativos que enriquecen el análisis sobre la representación de la disociación en el cine.

Por otro lado el documental *Crazy, not insane* (Gibney, 2020) ofrece una mirada provocadora al debate sobre la representación de la salud mental en contextos judiciales y mediáticos, al centrarse en la figura de la psiquiatra forense Dorothy Otnow Lewis y su trabajo con personas que han cometido actos violentos. Lo que lo vuelve relevante para este proyecto no es únicamente su contenido temático, sino la forma en que articula una mirada alternativa sobre la subjetividad disociativa, alejándose de los modelos que la reducen a una anomalía o a un espectáculo patológico.

La propuesta del documental se sostiene en una premisa que resuena con las inquietudes de este trabajo: la idea de que la mente humana, especialmente en contextos de violencia extrema, puede organizarse de manera múltiple, fragmentada y funcional. En lugar de presentar la disociación como una falla del “yo”, se la aborda como una estrategia psíquica que permite a ciertos sujetos sobrevivir a experiencias que exceden su capacidad de integración.

Sin embargo, es necesario señalar que el enfoque del documental centrado exclusivamente en personas con TID que han cometido delitos graves puede reforzar ciertos estigmas que históricamente han vinculado la disociación con la peligrosidad. Al construir su narrativa en torno a casos extremos, existe el riesgo de que la espectadora generalice esta asociación, interpretando el Trastorno de Identidad Disociativa como una realidad que predispone al crimen o como una justificación para actos violentos. Esta lectura, aunque no necesariamente promovida por la obra, puede instalarse de manera implícita si no se acompaña de una reflexión crítica sobre la diversidad de experiencias disociativas que no están atravesadas por la violencia.

Además de las narrativas cinematográficas, las obras de Edvard Munch son un referente pictórico de gran relevancia para comprender la representación de la angustia y la soledad. Sus pinturas y grabados exploran la desesperación y la tormenta interior del ser humano, incluso cuando se habita un espacio compartido con otros. Como él mismo lo describe (1863-1944):

Una tarde estaba caminando por un camino en la ladera cerca de Kristiania, junto con dos amigos. Era un momento en que la vida había lacerado mi alma. El Sol se puso, se había agazapado en una ardiente retirada bajo el Horizonte. Fue como si una Espada Lameante de Sangre hubiera atravesado la Bóveda del Cielo. El aire se convirtió en sangre, con brillantes hilos de fuego. – Las colinas se volvieron de un azul profundo – el fiordo – resplandeció en un azul frío – colores amarillos y rojos – Un rojo sangre estridente – en el camino – y la barandilla – Mis amigos Los rostros se volvieron de un blanco amarillento deslumbrante. Sentí un gran grito, y en realidad oí un gran grito. Los Colores en la Naturaleza – rompieron las Líneas en la Naturaleza – las Líneas y los Colores temblaron en Movimiento – Estas oscilaciones de Luz No solo hizo vibrar mi ojo, sino que también hizo vibrar mi oído, de modo que en realidad oí un grito. Luego pinté el cuadro titulado Grito.⁸ (Págs. 64-65)

Sugiere que la experiencia emocional puede ser radicalmente solitaria. La angustia no se disuelve por la presencia de otros, sino que se intensifica en contraste con su aparente indiferencia o ausencia emocional.

⁸ Traducción del diario *The private journals of Edvard Munch* (Holland, 1863-1944) tomada de emunch.no

Esta perspectiva pictórica encuentra un eco directo en la propuesta estética de *Reblujos Mentales*. A través de su tono y la imagen, el guion busca reflejar la desesperación que podría experimentar la protagonista al no poder comprender lo que le ocurre. Al igual que en las obras de Munch, la película plantea que la lucha de Gabriela es interna y solitaria, intensificada por un sistema que, en lugar de ser un refugio, le niega las herramientas para entenderse a sí misma. De esta forma, el guion se inscribe en una tradición artística que privilegia la expresión de la angustia psicológica sobre la espectacularidad del drama externo, lo que permite ofrecer una mirada más introspectiva y empática a la enfermedad mental.

Teniendo presente las anteriores exploraciones, este trabajo se propone responder a la pregunta: ¿Cómo explorar a través del guion de largometraje de ficción, la construcción de un personaje con Trastorno de Identidad Disociativa (TID) en la dinámica relacional configurada por el saber-poder entre médico (sujeto) y paciente (objeto)? Esta inquietud surge de la necesidad de cuestionar las formas en que el cine ha abordado la salud mental, y de explorar otras posibilidades narrativas que reconozcan la subjetividad de quienes habitan experiencias neurodivergentes.

La pregunta no busca una respuesta definitiva, sino abrir un espacio de reflexión sobre los límites y alcances de la representación audiovisual en contextos clínicos. En este sentido, el guion se plantea como un dispositivo simbólico capaz de problematizar las relaciones de poder, los discursos médicos y las vivencias individuales.

Para abordar esta problemática, el texto argumentativo *La salud mental como campo de poder: entre el saber y la escucha* se estructura en tres frentes que permiten articular distintas dimensiones de la experiencia clínica y la representación, y sirvieron para la toma de decisiones con respecto a la revisión del guion:

1. *La enfermedad como alteridad: una construcción social y cultural*. Este apartado examina cómo la enfermedad mental ha sido históricamente construida desde

narrativas que en algunos casos la ubican en el margen de lo aceptable. Se propone pensar la alteridad no como una desviación patológica, sino como una forma legítima de habitar el mundo, especialmente en el caso del Trastorno de Identidad Disociativa (TID), cuyas manifestaciones algunas veces desafían las nociones convencionales de identidad y coherencia. En el marco del guion, este capítulo ofrece el contexto social y cultural necesario para la creación del personaje, permitiendo que Gabriela no sea concebida únicamente desde la etiqueta clínica, sino como una subjetividad que dialoga con los imaginarios colectivos que la rodean.

2. *El diagnóstico como evento vital: entre la validación y el estigma.* Aquí se exploran las implicaciones que tiene el acto de nombrar clínicamente una experiencia subjetiva. El diagnóstico puede ofrecer una vía de comprensión y acompañamiento, pero también puede convertirse en una herramienta de exclusión y control. Se reflexiona sobre cómo este proceso transforma no solo la percepción del individuo sobre sí mismo, sino también la mirada social que lo rodea. En relación con el guion, este capítulo posibilita la construcción del personaje en su interacción con el entorno clínico, mostrando la ambivalencia de los tratamientos que le son impuestos durante el internamiento y la manera en que es tratado y recibido por las figuras de poder médico.
3. *Habitar el mundo desde la fragmentación: una lucha por la coherencia.* Este capítulo se centra en las formas en que una persona con TID transita su cuerpo, su mente y su entorno, en un contexto donde la fragmentación identitaria puede ser vista como amenaza. Se problematiza la tensión entre las expectativas sociales de unidad y estabilidad, y la vivencia interna de multiplicidad, reconociendo que los objetivos clínicos no siempre se alinean con los deseos y necesidades del paciente. En el guion, este apartado se traduce en la manera en que Gabriela habita su propia mente y

cuerpo, oscilando entre la aceptación y el rechazo de su condición, y mostrando su transformación como personaje a través de la emergencia de sus distintas identidades y la búsqueda de una narrativa propia.

En conjunto, esta disertación no pretende clausurar el debate sobre la representación de la salud mental en el cine, sino más bien habilitar un espacio de interrogación crítica desde el cruce entre teoría, análisis cultural y creación narrativa. Al situar el guion como herramienta reflexiva, se busca tensionar los discursos hegemónicos que han moldeado la imagen del sujeto diagnosticado, y explorar alternativas que reconozcan la complejidad de sus vivencias sin reducirlas a esquemas clínicos cerrados. *Reblujos Mentales* se inscribe en una búsqueda por ampliar los márgenes de lo representable, entendiendo que toda construcción simbólica implica decisiones éticas, políticas y estéticas que merecen ser revisadas. Así, este trabajo se abre como una invitación a pensar el cine no solo como medio de expresión, sino como campo de disputa y posibilidad para imaginar otras formas de habitar el mundo desde la multiplicidad.

Metodología

La metodología de este proyecto se inscribe en un enfoque cualitativo y creativo, que busca fusionar la investigación teórica con la práctica de la escritura de guion. Ambas se han desarrollado a partir de una aproximación dialógica⁹, donde el análisis teórico de diferentes perspectivas, puntos de vista y experiencias de un mismo objeto de investigación nutren la creación, y la creación, a su vez, genera nuevas preguntas para la investigación.

Estrategia para el Estado del Arte

Para la estructuración del Estado del Arte, se ha adoptado una metodología de análisis comparativo. Se ha realizado un "collage" conceptual de referentes cinematográficos relevantes, como *Fight Club* (Fincher, 1999), *Split* (Shyamalan, 2016), *Black Swan* (Aronofsky, 2010), y *Hombre mirando al sudeste* (Subiela, 1986) (Figura 1). Este enfoque visual y analítico busca identificar los elementos narrativos, estéticos y temáticos que se conectan y desconectan de la propuesta de guion *Reblujos Mentales*.

La finalidad de esta herramienta metodológica es ir más allá de una simple reseña y facilitar la visualización de las dinámicas de representación de los diversos perfiles psicológicos en el cine, estableciendo un diálogo directo entre las narrativas existentes y la propuesta de este proyecto. Esto permitió un abordaje más técnico y preciso en la redacción de los argumentos, cimentando la justificación y el desarrollo del guion.

Álvaro Abellan (2013) la define como: “la dialéctica es marcadamente idealista y se afirma como sistemática, la dialógica es profundamente realista-existencial, y huye de las pretensiones de reducir la realidad a sistema. Si la dialéctica toma como fuente esencial de progreso el conflicto, la dialógica entiende que toda creatividad es fruto del encuentro” (pág. 97)

Figura 1

Collage de películas



Nota: Esta figura toma algunos fotogramas de películas como: *Fight Club* (Fincher, 1999), *Black Swan* (Aronofsky, 2010), *Psycho* (Hitchcock, 1960) y *Split* (Shyamalan, 2016).

Desarrollo del Texto Argumentativo

El texto argumentativo se ha construido a partir de preguntas generadoras. Se ha procedido a la formulación de una serie de preguntas macro que han funcionado como ejes temáticos para la estructura de los capítulos. Posteriormente, se han desglosado estas preguntas en sub-cuestionamientos para facilitar el desarrollo de los conceptos y la argumentación. Esta estrategia permite mantener una lógica deductiva y reflexiva en la investigación, partiendo de premisas generales para llegar a conclusiones específicas que buscan resolución cinematográfica en el guion.

Consideraciones Terminológicas

Es fundamental destacar el proceso de reflexión semiótica sobre la terminología empleada a lo largo del proyecto. En la fase de investigación y escritura del guion, se ha reevaluado el uso de términos como “condición”, “trastorno mental”, “anfitrión”, “alters”, “paciente”, entre otros, reconociendo la carga simbólica, histórica y política que dichas palabras acarrearán. Tal como lo plantea Saussure (1945) “La lengua es un sistema en donde todos los términos son solidarios y donde el valor de cada uno no resulta más que de la presencia simultánea de los otros.” (pág. 138)

Esta idea implica que el significado de una palabra no es fijo ni natural, sino que depende de su relación con otras palabras dentro del sistema lingüístico. Por lo tanto, términos como “trastorno” o “condición” no solo comunican una idea médica, sino que adquieren una carga simbólica por cómo se diferencian y se oponen a palabras como “salud”, “normalidad” o “bienestar”. Esa carga simbólica puede reforzar estigmas y narrativas deshumanizantes al inscribir al sujeto en una red de significados que lo sitúan como “otro”, como “fallido”.

Desde esta perspectiva, esta reflexión se amplía al considerar que el lenguaje no solo describe la realidad, sino que la produce y la organiza, como lo analiza Luciano Noretto (2017), siguiendo las propuestas de Foucault, quien según el autor “caracteriza las epistemes clásica y moderna y distingue una de otra en función de la relación específica que en cada caso se traba con el origen” (pág. 6). Esta relación con el origen no es neutra: determina qué puede ser dicho, qué puede ser pensado y qué puede ser reconocido como legítimo. Así, el discurso médico no solo nombra el “trastorno”, sino que lo instituye como objeto de saber, como categoría de intervención y como identidad posible. En este sentido, es un campo estratégico donde los términos circulan, se disputan y se resignifican.

En su lugar, se han privilegiado expresiones como “neurodivergencia”, “perfil psicológico”, “identidad en la luz”, “miembros del sistema”, para enfatizar la singularidad de la experiencia por encima de la etiqueta clínica, y “realidad” no como un absoluto, sino como una construcción subjetiva central en la narrativa del guion. Este enfoque busca reescribir la narrativa estigmatizante desde la base del lenguaje, tanto en el texto de investigación como en la propuesta creativa.

Construcción del guion

Según lo plantea Brandon Sanderson (2022), quien afirma que “Un jardinero empieza su historia con una premisa interesante, o con unos pocos personajes cautivadores, y la desarrolla a medida que va escribiendo, más o menos dejándose arrastrar hacia donde los lleve el viento” (pág. 17), es así como podría definirme como guionista. Esta forma de abordar la escritura ha sido fundamental en el desarrollo del guion de largometraje que constituye el eje creativo de este trabajo de grado.

El proceso creativo comenzó con una inquietud personal: la idea de construir una protagonista con Trastorno de Identidad Disociativa (TID) surgió tras una experiencia íntima y desconcertante con un amigo que, en determinado momento, parecía ser otra persona. Días después, él compartió su diagnóstico, y esa revelación marcó el inicio de una reflexión sobre las formas de habitar el mundo desde la fragmentación. Esta vivencia no solo despertó mi interés narrativo, sino que también me llevó a preguntarme cómo representar esa complejidad. Desde entonces, supe que mi trabajo de grado giraría en torno a esta temática.

La primera aproximación audiovisual se dio en 2022, en el marco de la asignatura Taller Central IV, con el cortometraje *Desconexión* que dirigí junto a Daniel García. Aunque fue una experiencia enriquecedora en términos de producción y colaboración, el resultado evidenció una serie de decisiones narrativas que reforzaban el imaginario sensacionalista de

la enfermedad como amenaza. Esta constatación fue clave para delimitar lo que no quería reproducir en mi actual guion: una mirada que convierte la neurodivergencia en un recurso dramático.

A partir de ese momento, el proceso metodológico se orientó hacia una escritura más consciente y crítica. La lectura de la autobiografía *La Suma de Mis Partes: Testimonio de una Sobreviviente de Trastorno de identidad disociativa* de Olga Trujillo (2019) fue un punto de inflexión. Su testimonio, permitió establecer las bases de lo que se quería mostrar: una historia que explorara el TID desde la vivencia subjetiva, reconociendo sus matices, contradicciones y resistencias.

La escritura del guion se desarrolló sin una estructura rígida, permitiendo que las necesidades de Gabriela, la protagonista, guiaran el curso de la historia. Esta metodología, cercana a mi estilo de escritura, implicó agregar, replantear y eliminar escenas en función de cómo cada decisión afectaba la construcción del personaje y su relación con el mundo. El guion, en este sentido, se convirtió en un espacio de negociación entre la investigación y la creación.

Durante el proceso de investigación, se fueron clarificando algunos giros dramáticos esenciales, lo que permitió establecer ciertos hitos narrativos, incluido el final, aun cuando la totalidad de la historia sigue en constante transformación. Esta apertura metodológica responde no solo a mi estilo de escritura, sino también a la naturaleza del tema abordado, que exige flexibilidad, escucha y revisión constante.

Es así como el proceso creativo de la escritura de guion se configura como un instrumento metodológico para la investigación, permitiendo explorar y argumentar conceptos complejos desde una perspectiva visual y narrativa. En este sentido, la escena donde Gabriela se ducha después de vivir un abuso no es un mero recurso dramático, sino que se sustenta en la comprensión profunda del trauma. La cita autobiográfica de Olga

Trujillo (2019), quien afirma que: “Tener que limpiar y volver a ponerlo todo en orden también me daba cierta sensación de control sobre el caos, lo cual era reconfortante” (pág. 29), provee una base fundamental para esta elección. Desde una aproximación simbólica, la acción física de ducharse y ordenar el espacio se convierte en la manifestación de un acto psicológico: la búsqueda de control y coherencia tras una experiencia de fragmentación y vulnerabilidad. Así, el guion se propone indagar cómo el cuerpo se transforma en el primer territorio de la agencia, donde la protagonista, a través de una acción cotidiana y aparentemente sencilla, intenta reafirmar su autoridad sobre sí misma y su entorno. Esta escena, por lo tanto, argumenta que el proceso de sanación puede comenzar con gestos íntimos que reflejan una profunda necesidad de reorganizar no solo el mundo exterior, sino el mundo interno de la psique.

Asesoría con expertos

Como parte del enfoque metodológico de esta investigación-creación, se consideró fundamental incorporar la mirada de expertos provenientes de campos complementarios, con el fin de enriquecer el componente teórico en la construcción del guion *Reblujos Mentales* que hace parte de este proyecto. Estas asesorías permitieron tensionar las decisiones narrativas desde perspectivas profesionales específicas, aportando criterios técnicos, éticos y disciplinares que fortalecieron la coherencia interna del guion y su pertinencia en relación con la representación de la salud mental.

En primer lugar, se contó con el acompañamiento de Armando Velásquez¹⁰, guionista profesional, cuya experiencia fue clave en la construcción estructural del guion. Su asesoría

¹⁰ Filósofo con una gran pasión por el cine, que lo llevó a realizar una Maestría en Cine en l'Université Panthéon Sorbonne de París, donde se especializó en análisis y escritura de guiones cinematográficos. Docente universitario de guion y dramaturgia. Coordinador Académico de LabGuion desde hace ocho años. Ha sido jurado del Concurso Nacional de guiones de largometraje, del Festival Internacional de Cine de Guanajuato –

se centró en aspectos como el desarrollo de personajes, la progresión dramática y la organización de la trama, con especial atención a los desafíos que implicaba el uso de saltos temporales. Dado que el guion trabaja con una estructura fragmentada; en coherencia con la lógica disociativa del personaje principal, fue necesario garantizar que esta fragmentación no derivara en confusión narrativa ni en vacíos estructurales. Armando Velásquez aportó herramientas para mantener la claridad del relato, especialmente pensando en lectoras o espectadoras que no tuvieran conocimiento previo del marco teórico de la investigación. Su mirada permitió afinar la dosificación de información, la construcción de transiciones y la consistencia emocional de los personajes a lo largo de la historia.

Por otro lado, la asesoría de Manuela Barrios López¹¹, profesional con formación y experiencia en psicología clínica, resultó fundamental para revisar críticamente las decisiones tomadas en la representación de la enfermedad mental y las dinámicas de poder en el entorno clínico. Su lectura de la obra completa permitió identificar elementos que requerían mayor cuidado o precisión conceptual, especialmente en lo que respecta a la construcción de los vínculos entre pacientes y profesionales, y a la representación de la enfermedad mental. Gracias a su acompañamiento, fue posible fortalecer ciertos aspectos del guion y modificar otros que, aunque narrativamente funcionales, podían reproducir imaginarios estigmatizantes o simplificaciones del fenómeno clínico. Su aporte también permitió validar la verosimilitud

México (2024-2025); así como del Concurso Nacional de largometraje de comedia, en el marco del Festival Internacional de Cine 24 risas por segundo – México (2025). Realizador del cortometraje *Daniel* (Ganador del reconocimiento a cortometrajes hechos por creadores Audiovisuales de la ciudad de Medellín 2024). Y asistente de dirección de *Les rêves contre-révolutionnaires* y asesor creativo del documental *La guerre des centimes*, ambos de Nader Ayache.

¹¹ Psicóloga clínica especializada en la creación de espacios terapéuticos de contención y reflexión narrativa, con sólida experiencia en acompañamiento individual en procesos en ambiente universitario, talleres y capacitaciones, y acompañamiento en rutas de prevención. Su trayectoria combina la práctica clínica con la investigación académica, lo que le permite ofrecer una perspectiva integral en la intervención del sufrimiento psíquico, especialmente en poblaciones vulnerables y contextos educativos.

de ciertas situaciones institucionales, así como problematizar decisiones autorales en la relación entre autoridad médica, género y agencia subjetiva.

La salud mental como campo de poder: entre el saber y la escucha

Pensar la salud mental como un campo de poder implica reconocer que no se trata únicamente de un conjunto de saberes clínicos orientados al diagnóstico y tratamiento, sino de un entramado discursivo, institucional y simbólico que regula qué formas de subjetividad son consideradas legítimas, cuáles son patologizadas y cómo se distribuye la capacidad de hablar, decidir y habitar el mundo. En este sentido, la enfermedad mental no puede abordarse cinematográficamente como una entidad aislada, sino como una construcción que se inscribe en relaciones de poder, en sistemas de exclusión y en narrativas de representaciones que ayudan a moldear la percepción social del cuerpo y la mente.

La enfermedad como alteridad: una construcción social y cultural

La forma en que una sociedad asume o responde a la enfermedad mental puede ser interpretada como un reflejo de sus valores, temores y prejuicios. Esta afirmación no pretende establecer una verdad definitiva, sino abrir un espacio de reflexión sobre cómo las construcciones culturales influyen en la manera en que se define, representa y trata la alteridad psíquica. En este sentido, el diagnóstico clínico no puede ser entendido como un acto puramente técnico o neutral, sino como una práctica que se entrelaza con narrativas simbólicas, históricas y sociales. Tal como advierte Brandon Sanderson (2022), “si no representáis con verosimilitud un problema de salud mental, podéis ayudar con vuestro libro a aislar a quienes lo sufren [...] O podéis introducir un sesgo dañino en la opinión pública” (pág. 221). Esta observación refuerza la necesidad de pensar la representación como un acto con implicaciones éticas y sociales, donde la forma de narrar puede contribuir a la inclusión y la comprensión, o, por el contrario, reproducir estigmas y aislamientos.

Así mismo el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2014) ofrece una entrada reveladora a esta discusión al señalar que: “en los lugares donde la

“posesión” es común [...] las identidades fragmentadas pueden tomar la forma de espíritus posesivos, divinidades, demonios, animales o personajes mitológicos” (pág. 285). Lo que puede dar a entender que esta realidad se encuentra profundamente condicionada por el contexto cultural en el que se inscribe. Lo que en una sociedad puede ser leído como una manifestación espiritual, en otra puede ser clasificado como patología. Este cruce entre culturas y diagnósticos plantea interrogantes sobre la objetividad de las categorías clínicas que al igual que las representaciones cinematográficas tienden a estar cargadas de subjetividad.

Desde esta perspectiva, la enfermedad mental no debería ser concebida social y culturalmente únicamente como una entidad clínica, sino como un fenómeno atravesado por construcciones simbólicas que varían según el tiempo, el lugar y las estructuras de poder; así lo plantean el doctor Adalberto Arias, el investigador Edwin Herazo y la psicóloga Mónica Rojas (2019) cuando afirman que: “la idea de que lo considerado «normal» o «patológico» en un determinado grupo se debe al juicio social inmediato y que esa connotación, sin duda, puede variar entre diferentes culturas” (pág. 140). Esta mirada permite cuestionar la tendencia a naturalizar ciertas categorías diagnósticas, y abre la posibilidad de pensar la salud mental como un campo en constante negociación entre lo biológico, lo subjetivo y lo cultural.

Permitiendo entender que las categorías de lo “normal y lo patológico” no son neutrales, sino construcciones sociales que terminan clasificando y excluyendo; incluso en el cine a quienes no se ajustan a las normas dominantes, evidenciando así que es una forma de exclusión que trasciende el ámbito médico. El diagnóstico, aunque en muchos casos se presenta como una herramienta orientada al cuidado, puede también operar como un mecanismo de control social que delimita lo aceptable y lo inaceptable en términos de subjetividad, así como lo sugieren la politóloga Agustina Barukel y la psicóloga Alicia Stolkiner (2018) al indicar que: “La consecuencia de poner en entredicho una posible

manifestación objetiva de la enfermedad mental es reconocer que ésta se define también en el ámbito de la experiencia individual de quien padece” (pág. 653). En este sentido, el diagnóstico no solo nombra una realidad, sino que también puede marcar una frontera entre lo que se considera “salud” y lo que se percibe como “desviación”. o en el caso del cine lo que será podría ser representado como el héroe o el villano de una historia.

El filósofo Georges Canguilhem (1975) ofrece una perspectiva que permite cuestionar esta rigidez al exponer que: “Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas en situaciones nuevas.” (págs. 149-150). Esta idea abre la posibilidad de pensar la neurodivergencia no como una patología que debe ser corregida, sino como una variación legítima de la experiencia humana. Desde esta mirada, la salud no se define por la adhesión a una norma fija, sino por la capacidad de adaptarse, reinventarse y habitar el mundo desde múltiples formas de ser.

Sin embargo, la historia ha mostrado una resistencia persistente a esta flexibilidad. Michel Foucault (1964) identifica una serie de figuras como el “Portador de un saber oscuro o sobrenatural”, el “loco errante o navegante de la locura”, el “visionario”, o los “histéricos”, “maniacos” o “melancólicos”, que han sido construidas socialmente para nombrar la alteridad mental. Estas figuras, lejos de ser neutrales, han servido para estigmatizar y controlar a quienes no encajan en el modelo racional dominante; en lugar de abrir espacios de comprensión, en contextos donde impera la cultura occidentalizada, han reforzado narrativas que asocian la diferencia con el peligro, la irracionalidad o la debilidad moral.

Estas construcciones simbólicas no solo han influido en el discurso médico, sino también en el imaginario colectivo, incluyendo el cine. Las representaciones audiovisuales han contribuido a consolidar estereotipos que simplifican la complejidad de la experiencia psíquica, convirtiendo al “loco” en villano, al “histérico” en objeto de burla, y al “maníaco”

en amenaza. Así es como el cine, como dispositivo cultural, también contribuye activamente a su construcción y reproducción. En el caso de la salud mental, esta influencia ha sido particularmente significativa, ya que las representaciones audiovisuales comerciales han tendido a simplificar, dramatizar y, en muchos casos, deshumanizar las experiencias de quienes viven con neurodivergencias. Esta tendencia no debería ser entendida únicamente como una estrategia estética o comercial, sino como una manifestación de los imaginarios colectivos que asocian la alteridad psíquica con el peligro, la irracionalidad o la amenaza.

La psicóloga Ana García Soler (2020) advierte que “el asesinato, el robo o cualquier maldad es cometida por la persona que asume el TID. Estas tergiversaciones del trastorno provocan que estas personas se conciban como una amenaza” (pág. 25). Esta afirmación pone en evidencia cómo la industria cinematográfica ha contribuido a consolidar una imagen distorsionada del Trastorno de Identidad Disociativa (TID), en el que la fragmentación de la identidad se convierte en algunos casos en un recurso narrativo para construir villanos, generando miedo y rechazo en lugar de comprensión.

Un ejemplo paradójico y renombrado de esta lógica es la película *Split* (Shyamalan, 2016) donde *Kevin Wendell*, diagnosticado con TID, es representado como un individuo peligroso, capaz de cometer actos violentos debido a sus múltiples identidades. Esta representación, aunque efectiva en términos dramáticos, podría reforzar una visión sensacionalista que reduce una respuesta psicológica al trauma a una amenaza incontrolable. En lugar de abrir espacios de empatía o reflexión, este tipo de narrativas podrían consolidar estigmas que afectan directamente la percepción social de quienes conviven con este diagnóstico.

Es importante señalar que estas representaciones no surgen en el vacío. Están profundamente conectadas con las construcciones históricas y culturales que han definido la locura como lo opuesto a la razón, así lo rastrea Foucault (1964) cuando afirma que “la

demencia sólo se vive y piensa desde el exterior: límite en que queda abolida la razón” (pág. 279). Lo que lleva pensar la utilización de la diferencia psíquica como justificación para la exclusión. En este sentido, el cine no solo reproduce estereotipos, sino que también participa en la producción de subjetividades, al ofrecer modelos de interpretación que pueden influir en la forma en que la sociedad entiende y trata la alteridad mental.

Sin embargo, esta constatación no implica rechazar el cine como medio de representación, sino más bien reconocer su poder simbólico y asumir la responsabilidad que conlleva narrar experiencias sensibles. La cuestión, entonces, no es si el cine debe representar la enfermedad mental, sino cómo hacerlo sin caer en discursos que refuercen el estigma ni reproducir imaginarios que históricamente han contribuido a la marginalización de quienes viven con neurodivergencias.

En este sentido, como lo afirma la doctora en comunicación audiovisual Ana Alarcón (2019) cuando menciona que: “El cine refleja y potencia lo que ya se está gestando en el propio medio social. Sirve de impulso y de elemento normalizador de conductas y formas de vida” (pág. 199), por lo que resulta pertinente considerar que las representaciones audiovisuales no existen en un vacío cultural, sino que dialogan y algunas veces se alinean con estructuras históricas, en este caso de exclusión. La reclusión institucional en el contexto de la salud mental puede ser interpretada no solo como una medida de contención clínica, sino como una forma de exclusión moral y simbólica que tiene consecuencias profundas en la construcción de la identidad del sujeto. Esta perspectiva, lejos de negar la necesidad de ciertos espacios de cuidado, invita a cuestionar los fundamentos históricos y culturales que han legitimado el encierro y/o la exclusión como respuesta predominante frente a la diferencia psíquica.

Michel Foucault (1964), en su análisis genealógico de la locura, comienza a rastrear la locura percibida como lo opuesto a la razón: “los locos estaban encerrados y el hombre

razonable protegido de ellos” (pág. 364). Este cambio no es meramente epistemológico, sino profundamente político, el “Gran Encierro” del siglo XVII no respondió a una lógica clínica, sino a una decisión política y moral que recluyó en los mismos espacios a quienes eran percibidos como amenaza para el orden social.

En este proceso, el individuo diagnosticado como “loco” pierde su lugar en el entramado simbólico de la sociedad. Su subjetividad es reemplazada por una etiqueta que lo despoja de agencia, de palabra y de reconocimiento. Michel Foucault (1964) advierte que el encierro no solo aísla físicamente, sino que silencia: convierte al sujeto en un ser invisible, apartado del diálogo y de la interacción humana. Esta invisibilización, lejos de ser un efecto secundario, puede ser entendida como una forma de violencia simbólica, ejercida por las instituciones que definen lo normal y lo patológico.

Considerando esto, resulta pertinente considerar el papel del Estado en la legitimación de estas prácticas. Como lo señala la socióloga Mónica Calderone (2024), “El Estado es para el autor el detentador del monopolio de la violencia simbólica legítima, y como tal, es él mismo una “apuesta”, quizás la principal, en las luchas simbólicas por la imposición de la visión del mundo” (pág. 7). Esta afirmación permite comprender que el diagnóstico psiquiátrico, al ser respaldado por instituciones estatales y científicas, no solo clasifica, sino que también impone una forma de ver y entender la realidad. El individuo diagnosticado no solo es excluido físicamente, sino también simbólicamente, lo priva de su derecho a narrarse a sí mismo, a ser escuchado y comprendido desde su propia experiencia. En el ámbito cinematográfico, esta lógica se traduce en representaciones que con frecuencia reproducen los marcos institucionales y estatales, reforzando estigmas y narrativas de control. Así, personajes con diagnósticos psiquiátricos suelen ser contruidos como amenazas o figuras peligrosas, lo que contribuye a consolidar imaginarios sociales que marginan aún más a quienes viven con estas realidades. El daño no se limita a la ficción, pues estas

representaciones pueden incidir en la opinión pública y en la manera en que la sociedad percibe la diferencia, perpetuando prejuicios y dificultando la posibilidad de narrar la enfermedad mental desde la pluralidad y la legitimidad de la experiencia vivida.

La exclusión, en consecuencia, no se limita al espacio físico de la institución. Se extiende a los discursos que circulan en torno a la locura, a las representaciones como *Fight club* (Fincher, 1999) que la reducen a un estado de irracionalidad o peligro, y a las prácticas sociales que marginan a quienes no se ajustan a los parámetros normativos de coherencia, productividad o estabilidad emocional. La locura, al ser silenciada, deja de ser una experiencia humana para convertirse en un objeto de corrección, vigilancia o espectáculo; así lo plantea Foucault (1964) al exponer que:

La locura no existe sino como un ser visto. Esta proximidad que se instaura [...] no es más que proximidad de la mirada que vigila, que espía, que se aproxima para ver mejor, pero que aleja aún más, puesto que no acepta ni reconoce los valores del extraño. (pág. 518)

Esta desconexión entre el sujeto y el mundo que habita puede ser leída como una forma de desposesión simbólica. El individuo no solo es apartado del espacio social y de representación, sino también de su propia narrativa. En este contexto, la institución clínica cuando opera desde una lógica de control más que de cuidado puede convertirse en un dispositivo que refuerza la exclusión en lugar de propiciar la escucha y la restitución del lazo social.

El aislamiento físico que históricamente caracterizó a las instituciones psiquiátricas ha disminuido en contextos contemporáneos. Así lo plantea los psiquiatras Pablo Figaredo y Laureano Gutiérrez (2024) afirmando que: las “instituciones psicosociales a lo largo de la

segunda mitad del siglo XX, cede el paso a otros tipos de atención. La aparición de comunidades terapéuticas y la generalización del trabajo en equipo modifican el ambiente de las unidades asistenciales” (pág. 10). Sin embargo, esto no implicaría necesariamente una transformación profunda en las lógicas de exclusión que operan sobre los cuerpos neurodivergentes. Aun en libertad, las formas de control pueden persistir, ahora mediadas por discursos clínicos, diagnósticos y prácticas sociales; que incluyen la representación cinematográfica las cuales regulan la conducta, la expresión emocional y la subjetividad de quienes han sido nombrados como “otros” por el aparato médico.

El diagnóstico, en consecuencia, puede convertirse en una herramienta de vigilancia. No solo nombraría una realidad, sino que es posible que establezca un marco interpretativo desde el cual se evalúan todas las acciones del individuo. Cada gesto, cada palabra, cada decisión se vería filtrada a través de la etiqueta clínica, lo que puede limitar la posibilidad de ser comprendido fuera de ese marco. Esta forma de control, aunque menos visible que el encierro físico, puede ser igual de restrictiva, pues condiciona la manera en que el sujeto se relaciona consigo mismo y con los demás. Michel Foucault (1964) advierte que:

el sentido de la exclusión y el confinamiento empieza a alterarse: toma lentamente valores positivos, y el espacio neutro, vacío, nocturno, en el cual se restituía antiguamente la sinrazón a su nada, comienza a poblarse de una naturaleza ante la cual la locura liberada se somete. (pág. 364)

Esta cita sugiere que, incluso cuando la locura parece haber sido liberada del encierro físico, continúa siendo sometida a nuevas formas de normatividad. El espacio que antes representaba la ausencia de razón se transforma en un entorno regulado, donde la diferencia debe adaptarse a una lógica que la domestica. En el ámbito cinematográfico, esta lógica se

traduce en la construcción de estereotipos que asocian la enfermedad mental con determinados comportamientos narrativos. Así, el diagnóstico se convierte en un recurso que permite a los creadores validar o justificar las acciones de los personajes, reduciendo la complejidad de la experiencia psíquica a etiquetas simplificadoras, generando un impacto que trasciende la pantalla y afecta la manera en que la sociedad percibe y trata la diferencia.

Desde esta perspectiva, la enfermedad se convierte en un constructo de poder. Foucault demuestra que la definición de lo “normal” y lo “patológico” es un instrumento de control social. Al categorizar a las personas con diversidad mental como “otras”, la sociedad y las instituciones las convierten en sujetos de disciplina y castigo en lugar de objetos de cuidado (Foucault, 1964). Su “enfermedad” es, en esencia, una marca que justifica su reclusión y la anulación de su autonomía. Este enfoque encuentra un eco contemporáneo en el argumento de la psiquiatra Laura Andrade (2022), quien señala que el diagnóstico se puede convertir en una barrera que impide que el individuo exprese su verdad, ya que todas sus acciones son filtradas bajo la etiqueta clínica. Esto confiere un poder total a la institución psiquiátrica, que se posiciona como la única que puede instruir al “paciente” sobre su propia realidad.

En síntesis, ser visto como un “otro” por tener una neurodivergencia no es una simple cuestión de diferencia, sino que sería factible relacionarlo con una experiencia de anulación. El individuo es despojado de su humanidad y su autonomía, dejando en su lugar una etiqueta que lo define y en algunos casos lo confina incluso en su representación cinematográfica.

En el contexto clínico, la intervención médica en la salud mental podría ser vista como una intervención de orden moral. Incluso desde las afirmaciones de Foucault (1964) “El tratamiento no tiene como fin alcanzar la presencia de lo verdadero, sino conseguir una norma de funcionamiento” (pág. 384), así mismo el psiquiatra Thomas Szasz (1994) argumenta que “La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las

enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal.” (pág. 177). Desde estas perspectivas, la labor del profesional no se limita a interpretar síntomas, sino a dictar lo que es aceptable o no en una sociedad. Este enfoque refuerza la idea de que la enfermedad mental, lejos de ser una entidad objetiva, es una narrativa construida desde el poder, que silencia al individuo y lo convierte en objeto de corrección.

En el marco de una lectura crítica sobre la enfermedad mental como construcción social y cultural, resulta pertinente considerar su función no solo como categoría clínica, sino también como objeto aleccionador para quienes se inscriben dentro de lo que se considera “normal”. Desde esta perspectiva, la enfermedad no se limita a señalar una alteración del funcionamiento psíquico, sino que opera como un mecanismo de diferenciación que refuerza los límites de lo aceptable, lo productivo, lo inteligible y lo representable dentro de una sociedad determinada.

Esta lógica puede ser pensada en relación con el tránsito que Gilles Deleuze (1999) propone entre las sociedades disciplinarias y las sociedades de control. En las primeras, el poder se ejerce a través de instituciones cerradas como la escuela, el hospital o el asilo que organizan la vida en función de normas, rutinas y jerarquías. Tal como lo plantea el autor, estas instituciones buscan “concentrar, repartir en el espacio, ordenar en el tiempo, componer en el espacio-tiempo una fuerza productiva cuyo efecto debe superar la suma de las fuerzas componentes” (pág. 5), lo que evidencia una lógica de organización y optimización del cuerpo social a través de la segmentación y el encierro.

En las sociedades de control, en cambio, el poder se vuelve más difuso, operando a través de mecanismos de vigilancia, modulación y auto-regulación que atraviesan todos los espacios de la vida cotidiana. Deleuze (1999) señala que “El control se ejerce a corto plazo y mediante una rotación rápida, aunque también de forma continua e ilimitada” (pág. 8), lo que

sugiere una forma de poder que no necesita de la reclusión física para operar, sino que se infiltra en los hábitos, los discursos y las tecnologías que configuran la subjetividad. En este nuevo régimen, la enfermedad mental puede ser leída como un marcador que no solo clasifica, sino que también advierte, regula y produce otras subjetividades. El diagnóstico, en este contexto, no se limita a identificar una alteración, sino que se convierte en una herramienta de modulación social, que orienta comportamientos, delimita posibilidades y establece fronteras entre lo que se considera funcional y lo que se percibe como disruptivo.

Así, la figura del sujeto diagnosticado no solo es gestionada por el sistema clínico, sino que también cumple una función pedagógica para los “normales”, recordándoles los límites de lo permitido y reforzando la necesidad de ajustarse a los parámetros de funcionalidad, estabilidad y coherencia. En este sentido, la figura del sujeto diagnosticado se convierte en una especie de objeto pedagógico moralizante, una advertencia silenciosa que contribuye a la reproducción de la norma. Esta operación no se da únicamente en el ámbito clínico, sino que se extiende a los medios de comunicación, la cultura y las políticas, donde la enfermedad mental es representada, gestionada y, en muchos casos, instrumentalizada.

No se trata aquí de negar la existencia del sufrimiento psíquico ni de deslegitimar la necesidad de acompañamiento terapéutico, sino de abrir el debate sobre los usos sociales del diagnóstico y las formas en que este puede operar como tecnología de control. Pensar la enfermedad como construcción implica reconocer que su definición, tratamiento y representación están atravesados por intereses, discursos y relaciones de poder que componen el ámbito de lo médico. En este marco, el TID, como otras enfermedades mentales, puede ser comprendido no solo como una realidad clínica, sino como una forma de subjetividad que desafía los modelos normativos.

El diagnóstico como evento vital: entre la validación y el estigma

Se podría pensar que, para algunas personas, el momento del diagnóstico de una realidad, especialmente una neurodivergencia, puede constituir un evento de profundas y contradictorias repercusiones. Por un lado, puede ofrecer una sensación de legitimación y alivio. Para quienes han transitado por experiencias confusas, síntomas inexplicables o malentendidos constantes, la etiqueta clínica puede funcionar como un marco de sentido; como lo aborda la psiquiatra Laura Andrade (2022). Siendo el diagnóstico lo que proporciona un lenguaje para nombrar lo que se experimenta, y en muchos casos, representa el primer paso hacia la búsqueda de un tratamiento adecuado y la construcción de un camino de autocomprensión.

Sin embargo, la misma psiquiatra plantea que esta misma etiqueta puede transformarse en una forma de violencia simbólica cuando deja de ser una herramienta para comprender y se convierte en una identidad totalizante. En lugar de abrir posibilidades, el diagnóstico puede clausurarlas, reduciendo al individuo a una categoría clínica que condiciona la forma en que se es percibido por los demás y por sí mismo; así como se representa en *A Beautiful Mind* (Howard, 2001). Esta tensión podría convertirse especialmente crítica cuando la narrativa cultural dominante en algunos casos alimentada por el cine con otras representaciones sensacionalistas, los medios y ciertos discursos institucionales ha construido imágenes estigmatizantes de la neurodivergencia.

El caso del Trastorno de Identidad Disociativa (TID) es particularmente revelador. Cuando algunas referencias del imaginario colectivo provienen de personajes como el de *Split* (Shyamalan, 2016) o *Psycho* (Hitchcock, 1960), es comprensible que el diagnóstico pueda no ser acogido como una oportunidad de comprensión, sino como una sentencia simbólica. Estas ficciones, aunque eficaces desde el punto de vista narrativo, e incluso importantes para la industria cinematográfica, tienden a relacionar la disociación con la

violencia, la monstruosidad o el descontrol, distorsionando la emocionalidad y subjetividad que caracteriza a quienes viven en esta realidad; entendida como el conjunto de significados, normas y narrativas que configuran lo que la persona considera “normal”, “verdadero” o “congruente”

En este contexto, el diagnóstico puede dejar de ser un acto de cuidado para convertirse en un dispositivo de control. La persona diagnosticada comienza a ser leída exclusivamente a través del lente clínico, como lo exponen la politóloga Agustina Barukel y la doctora Alicia Stolkiner (2018) al exponer que: las “diversas ideas sobre el inconsciente, la conducta, la relación cuerpo-mente, entre otras, también derivan hacia nociones diversas del padecimiento” (pág. 649). Desde esta perspectiva se puede limitar la agencia y la capacidad de narrarse como personas desde otros lugares. Cada acción, cada emoción, cada decisión es reinterpretada a la luz del diagnóstico, donde cabe la posibilidad de generar una forma de vigilancia que opera incluso en ausencia del encierro físico. Así, el diagnóstico no solo nombra, sino que también delimita, clasifica y, en algunos casos, silencia; debido a que como lo plantean el biomédico Xavier Latiesas y el doctor Joaquín Carracedo (2025):

Desde el diagnóstico hasta el plan terapéutico el médico introduce una realidad específica que, de alguna manera, se sobrepone a la existencia del paciente y, a su modo y dentro de sus límites, la moldea como un artista moldea a la materia que le sirve de sustento (pág. 19).

Es por esta posibilidad que el impacto de un diagnóstico y tratamiento en salud mental no debería entenderse como una experiencia homogénea ni universal. Se puede argumentar que dicho impacto está mediado por múltiples factores interrelacionados: la calidad del acompañamiento profesional, el entorno social, cultural y de representación en el que se

encuentra la persona, lo anterior sumado a su propia historia subjetiva, lleva a pensar que el diagnóstico no es solo una categoría clínica, sino también una construcción simbólica que adquiere significados distintos según el contexto en el que se recibe.

Esta perspectiva explora que, en sociedades donde persisten narrativas estigmatizantes sobre la salud mental, un diagnóstico puede intensificar el aislamiento, reforzando sentimientos de otredad o exclusión. En contraste, se puede plantear que, cuando el diagnóstico se acompaña de empatía, escucha activa, una comunidad informada y una representación que evita el utilitarismo de la neurodivergencia, puede convertirse en una herramienta de empoderamiento. pues como lo exponen los mismos Xavier Latiesas y Joaquín Carracedo (2025) “Si el paciente encuentra además un sentido a lo que le sucede esto contribuirá como un elemento terapéutico más que incrementa las posibilidades del buen desarrollo de todo el proceso, sea cual sea el desenlace” (pág. 44). De este modo, no opera como una identidad que encasilla, sino como una clave para comprenderse, nombrarse, identificarse y acceder a formas de cuidado más integrales. En este sentido, se considera que el diagnóstico no determina por sí solo la vivencia del individuo, sino que se entrelaza con las miradas que lo rodean. Reconocer esta complejidad abre el debate sobre cómo el cine puede construir personajes e historias que no reduzcan la enfermedad mental, sino que la representen como una experiencia plural, capaz de generar empatía y abrir nuevas formas de comprensión en la espectadora.

En el caso del Trastorno de Identidad Disociativa (TID), a esta reflexión le sería factible adquirir una relevancia particular. La fragmentación de la identidad, lejos de ser una anomalía que debe ser corregida, puede ser entendida como una respuesta a experiencias traumáticas. Olga Trujillo (2019) diagnosticada con TID expone esta respuesta como algo que:

ocurre principalmente en personas que han sufrido situaciones traumáticas difíciles de las cuales no se podían escapar físicamente y se vieron forzadas a ‘huir’ dentro de sus cabezas. De manera instintiva sus mentes aislaron ciertas emociones, sensaciones, reacciones o acciones (pág. 14)

De esta forma podemos evidenciar que es una resistencia psíquica que desafía las nociones convencionales de coherencia y unidad. Sin embargo, cuando esta vivencia es traducida exclusivamente en términos clínicos, corre el riesgo de ser reducida a una etiqueta que invisibiliza su dimensión humana y simbólica.

En suma, el diagnóstico no es ajeno a las narrativas culturales, sino que participa activamente en su construcción. Reconocer esta interdependencia no implica rechazar el saber médico, sino abrir el debate sobre cómo se define lo “normal” y lo “patológico”, y sobre quién tiene el poder de establecer esas fronteras. En el ámbito del cine, esta discusión se vuelve especialmente pertinente, ya que las representaciones audiovisuales contribuyen a consolidar o cuestionar los imaginarios sociales sobre la salud mental. El desafío está en construir diversas narrativas que no solo informen, sino que también humanicen, complejicen y dignifiquen las experiencias que han sido históricamente marginadas.

En este sentido habitar el mundo desde una realidad diagnosticada como enfermedad mental implica no solo enfrentar los desafíos internos de la subjetividad, sino también negociar constantemente con los marcos institucionales, sociales y discursivos que definen lo que se considera “salud”, “normalidad” y “tratamiento”. En este contexto, resulta pertinente considerar las perspectivas críticas que han emergido desde la antipsiquiatría, las cuales no se limitan a cuestionar los métodos terapéuticos, sino que interpelan las estructuras de poder que configuran la relación entre profesionales de la salud y pacientes.

El psiquiatra David Cooper (1985), uno de los referentes de este enfoque, sostiene que:

Para superar la situación actual de la psiquiatría, en la cual prevalece ampliamente la violencia de que estamos hablando, tendremos que reconocer la complejidad dialéctica de la realidad humana y negarnos a tratar reductivamente toda acción y experiencia humanas como términos de un proceso (pág. 46).

Esta afirmación invita a problematizar la tendencia de ciertos modelos clínicos a reducir la experiencia subjetiva a categorías diagnósticas, protocolos estandarizados o trayectorias de tratamiento que, si bien pueden ofrecer contención, también corren el riesgo de invisibilizar la singularidad de cada vivencia. Así mismo en el ámbito cinematográfico, esta misma lógica se refleja en la construcción de personajes con diagnósticos de salud mental, a quienes se les asigna un conjunto limitado de acciones o rasgos que simplifican su complejidad. El resultado es la creación de estereotipos que condicionan la lectura del espectador, reforzando visiones estigmatizantes y utilitaristas de la enfermedad. Cuando estas representaciones se repiten de manera sistemática, no solo reducen las posibilidades narrativas de las historias, sino que convierten al cine en un espacio de exclusión y violencia simbólica, donde las personas que habitan estas realidades se ven representadas de forma simplista y reductiva.

En este punto resulta pertinente recordar lo que señala Daniel Tabau (2025) “el espectador se pasa toda la película pensando, lanzando hipótesis, dejándose llevar por simpatías y antipatías, preguntándose qué sucederá después, y en ocasiones presintiendo o adivinando el futuro narrativo” (pág. 135). Esta observación permite comprender que la experiencia del público no es pasiva, sino que se construye en diálogo constante con las

imágenes y los personajes que se le presentan. Cuando el cine recurre a estereotipos simplificadores de la enfermedad mental, puede limitar la capacidad de la espectadora de elaborar hipótesis complejas, de empatizar con la diversidad de la experiencia o de cuestionar los marcos normativos que sostienen esas representaciones. Por el contrario, cuando se apuesta por personajes diversos y narrativas que reconocen la pluralidad de la subjetividad, se abre la posibilidad de que la espectadora participe activamente en la construcción de sentido, generando posibles lecturas que trascienden el prejuicio y habilitan nuevas formas de representación.

Desde esta perspectiva, la experiencia de una persona con Trastorno de Identidad Disociativo (TID) no debería ser comprendida únicamente como una secuencia de síntomas a corregir, sino como una forma de organización psíquica que responde a contextos de trauma, protección y supervivencia. La propuesta de Cooper y las observaciones de Tabau abre el debate sobre la necesidad de reconocer esa subjetividad sin forzarla a encajar en modelos lineales o normativos. En lugar de concebir la intervención clínica y la representación cinematográfica como un proceso de ajuste, podría pensarse como un espacio de escucha, negociación y acompañamiento, donde la pluralidad del yo no sea vista como una falla, sino como una manifestación legítima de la realidad humana.

Este enfoque no pretende invalidar la práctica psiquiátrica ni sus aportes, sino señalar que el modo en que se habita el mundo desde una realidad mental diagnosticada está profundamente influido por las formas en que esa realidad es nombrada, tratada y representada. Pues como el licenciado en Filosofía Adolfo Vásquez Rocca (2011), propone “La institución psiquiátrica se nos presenta hoy como una estancia opresora” (pág. 5), lo que plantea interrogantes sobre el rol que cumplen los dispositivos de internamiento, diagnóstico y tratamiento en la producción de subjetividades y como propone Cooper, la antipsiquiatría implica abrirse a formas de cuidado que no reduzcan al sujeto a su diagnóstico, sino que lo

reconozcan en su totalidad, con sus contradicciones, sus fragmentos y sus posibilidades. Rol que en el que podría incluirse la industria cinematografía expandiendo las formas de construcción de personajes y el rol que se le da dentro de las historias.

Habitar el mundo desde la fragmentación: una lucha por la coherencia

Habitar el mundo con Trastorno de Identidad Disociativo (TID) implica una experiencia subjetiva, que desafía las estructuras normativas sobre la identidad, la coherencia del “yo” y la salud mental. En este contexto, la noción de “habitar” no se limita a la ocupación física de un espacio, sino que se extiende a la posibilidad de vivir con y en una realidad propia que no se ajusta a la realidad del mundo, ser reconocido, validado y representado en un entorno que privilegia la unicidad y la estabilidad psíquica como norma. Lo anterior se logra evidenciar con base en las afirmaciones del psicólogo clínico Juan Rivera (2023) donde evidencia que: “El resultado óptimo de un tratamiento con un paciente con TID sería la unificación y el cese definitivo de la separación de las partes” (pág. 471).

Tal postura, aunque coherente con ciertos modelos clínicos tradicionales, plantea interrogantes sobre lo que se considera “óptimo” en el tratamiento de subjetividades disociativas. La idea de que la unificación del “yo” es el objetivo deseable presupone que la multiplicidad psíquica es, en sí misma, una falla que debe ser corregida. Esta perspectiva, aunque ideal en la práctica terapéutica como lo propone el psicólogo, puede invisibilizar formas legítimas de organización interna que no responden a la lógica de la unicidad, pero que permiten al sujeto funcionar, vincularse y construir sentido desde la pluralidad.

Gracias al valiente testimonio de Olga Trujillo en su autobiografía *La suma de mis partes: Testimonio de una sobreviviente de trastorno de identidad disociativa* (2019), podemos profundizar en estas realidades. Las diferentes identidades o “miembros del sistema” no son entidades aleatorias, sino que cumplen funciones específicas, como proteger

a la identidad dominante del dolor de un trauma (el papel de Gab), enfrentar situaciones de riesgo (Ela) o preservar la inocencia (Gabi). Esta y las diversas organizaciones internas que se puedan generar en el TID responde a una lógica de supervivencia emocional, donde el “yo” se fragmenta como estrategia adaptativa frente a experiencias traumáticas. Sin embargo, es precisamente aquí donde surge alguna fricción argumental; estas estrategias internas de protección y resiliencia a menudo chocan con las normas externas que regulan lo que se considera una subjetividad “aceptable”.

Esta perspectiva que se utiliza en *Reblujos mentales* gracias al testimonio de Olga postula que la disociación, lejos de ser un capricho de la mente o una patología sin sentido, debe ser entendida como un mecanismo de supervivencia desarrollado para navegar un mundo que se es percibido como peligroso y amenazante. Como lo plantea el psiquiatra Bessel van der Kolk (2015) en su obra *El cuerpo lleva la cuenta*, “el trauma [...] es la huella dejada por una experiencia en la mente, el cerebro y el cuerpo. Esta huella tiene consecuencias permanentes sobre el modo en que el organismo humano logra sobrevivir en el presente” (pág. 40). En este sentido, la fragmentación no es la enfermedad en sí misma, sino la respuesta adaptativa del orden psíquico ante un trauma abrumador, un “plan de escape” que permite al individuo continuar existiendo.

Desde esta óptica, el Trastorno de Identidad Disociativa no debería ser reducido a una anomalía clínica, sino que deberá ser abordado como una forma de organización subjetiva que emerge en contextos de violencia, abuso y/o negligencia emocional que propiciaron la fragmentación. Ya que la multiplicidad de identidades no representaría una ruptura arbitraria del “yo”, sino una estrategia de protección que permite al sujeto y en el caso del guion a Gabriela, disociar el dolor, distribuir la carga emocional y preservar aspectos esenciales de su humanidad. Esta lectura, aunque aún marginal en ciertos espacios, abre la posibilidad de comprender el TID como una forma de resistencia psíquica frente a lo insoportable.

Sin embargo, esta resistencia no siempre encuentra eco en el entorno social, ya que, como lo analiza Judith Butler (2006), “no podemos evitar recurrir a relaciones socialmente instituidas que han sido formadas en el tiempo y que nos proporcionan un sentido de lo «común» a partir de la exclusión de aquellas vidas que no encajan con la norma” (pág. 292). Desde esta perspectiva, la fragmentación, aunque funcional en términos internos, se vuelve problemática en contextos que demandan coherencia, continuidad y previsibilidad. Las instituciones educativas, laborales y médicas suelen operar bajo la presunción de una identidad estable, lo que coloca a las personas con TID en una posición de vulnerabilidad constante. La necesidad de ocultar sus síntomas, de encajar en narrativas hegemónicas sobre la salud mental, y de evitar el estigma, puede generar un estado de alerta permanente, donde el cuerpo y la mente se ven forzados a sostener una fachada de normalidad.

Este esfuerzo por encajar, por “pasar desapercibido”, no solo agota emocionalmente, sino que también invisibiliza la riqueza de la experiencia disociativa. En lugar de ser reconocida como una manifestación legítima del trauma, la disociación es frecuentemente interpretada como una amenaza, una desviación o una ficción. El cine con representaciones como *Psycho* (Hitchcock, 1960) ha contribuido a esta distorsión, al representar personajes con TID como impredecibles, violentos y/o peligrosos. Estas narrativas, aunque atractivas desde el punto de vista dramático, refuerzan imaginarios que dificultan el reconocimiento empático de quienes viven con este perfil psicológico.

Incluso en producciones documentales como *Crazy, not insane* (Gibney, 2020) se evidencian dinámicas que, aunque aparentemente orientadas a la comprensión, pueden reproducir una mirada utilitarista sobre las personas con Trastorno de Identidad Disociativa (TID). En dicho documental, se relata cómo el director Martin Scorsese solicita una cita con la psiquiatra Dorothy Otnow Lewis para que el actor Robert De Niro conozca a Max, un hombre diagnosticado con Trastorno de Identidad Disociativo. Este encuentro tenía como

propósito nutrir la construcción del personaje que De Niro interpretaría en *Cape Fear* (Scorsese, 1991), un exconvicto que acaba de salir de prisión tras cumplir 14 años por violación; Max Cady en la película representa el retorno de lo reprimido y la amenaza a la vida burguesa “normal”. Sin embargo, es un villano vengativo, manipulador e inteligente. Si bien este acercamiento de De Niro podría leerse como un intento de investigación profunda para lograr una interpretación más verosímil, también abre interrogantes sobre el tipo de vínculo que se establece entre la experiencia clínica y su representación artística, ya que la elección de entrevistar a un sujeto con TID como modelo para encarnar un personaje violento podría no ser inocente. Aunque no se puede afirmar que exista una intención explícita de estigmatizar, sí se puede observar cómo ciertas realidades psíquicas son instrumentalizadas para alimentar narrativas de amenaza, desequilibrio o peligrosidad.

En este caso, la disociación no es explorada como una estrategia de supervivencia frente al trauma, como lo plantean voces como Olga Trujillo, Bessel van der Kolk o incluso *Reblujos mentales* sino como un recurso dramático que potencia la intensidad del personaje. Esta operación simbólica, aunque frecuente en el cine, puede contribuir a consolidar una imagen distorsionada del TID, donde la pluralidad del yo se asocia con la agresión, la manipulación o la inestabilidad.

El sistema social, en su mayoría, no está preparado para comprender ni integrar una identidad que no es singular. La multiplicidad psíquica es vista con sospecha, y en muchos casos, con rechazo. Esto puede derivar en profundos malentendidos, estigmas y, en situaciones extremas, en la institucionalización. La patologización de la diferencia se convierte entonces, en una herramienta de control que opera bajo lógicas históricas y discursivas que exceden el ámbito clínico. Michel Foucault (1964), en su análisis sobre la locura, advierte que:

La locura no escapa de lo arbitrario sino para entrar en una especie de proceso indefinido [...] Un proceso donde toda falta se transforma, por una virtud propia del asilo, en un crimen social, vigilado y castigado; un proceso que no tiene otra salida que un perpetuo volver a comenzar bajo la forma interiorizada del remordimiento. (pág. 534)

Esta reflexión permite pensar que, más allá del diagnóstico, lo que se sanciona es la desviación respecto a una norma identitaria que exige coherencia, estabilidad y previsibilidad. Es por eso que el diagnóstico puede operar como una forma de exclusión más que como una vía de acompañamiento. En este sentido, el TID no solo representa un desafío clínico, sino también ético y cultural.

La vida cotidiana, entonces, podría convertirse en una danza conflictiva de ocultamiento y resiliencia. Las personas con TID se ven presionadas a esconder sus síntomas, a temer ser “descubiertas” y a vivir con el peso de una narrativa sensacionalista que, en algunas ocasiones, es promovida por el cine y los medios. La representación de personajes con TID como peligrosos o desequilibrados, como Tyler Durden en *Fight Club* (Fincher, 1999), contribuye a reforzar estereotipos que pueden distorsionar la experiencia real de quienes viven con este perfil psicológico. Estas representaciones, aunque ficcionales, tienen efectos concretos en la percepción pública y en el trato que reciben las personas diagnosticadas.

Habitar el mundo con TID quizás se convierte, así, en una lucha que puede ser silenciosa y exhaustiva por la validación de la experiencia, puesto que implica transitar una frontera difusa entre lo íntimo y lo público, entre lo legítimo y lo patologizado. Es una experiencia que exige una constante negociación entre el deseo de autenticidad y la necesidad de protección. En este sentido, no se trata únicamente de un reto de integración personal, sino

de una silenciosa demanda colectiva que no solo interpela a la clínica, sino también a la cultura, al arte y a la política, por ampliar los marcos de comprensión sobre la identidad, el trauma y la subjetividad. En lugar de buscar una “cura” que normalice la multiplicidad, podría ser más pertinente preguntarse cómo construir espacios de escucha, acompañamiento y representación que reconozcan la legitimidad de estas formas de habitar el mundo.

Sin embargo, esta búsqueda de validación se encuentra con tensiones estructurales en el campo clínico. Aunque el reconocimiento de la pluralidad psíquica es fundamental, los modelos terapéuticos contemporáneos siguen operando, en muchos casos, bajo el supuesto de que la integración del “yo” es el objetivo final del tratamiento. Como lo plantea el psicólogo clínico Juan A. González Rivera (2023), el tratamiento prepara al paciente para “enfrentar el mundo como una persona más integrada” (pág. 472), donde la integración se plantea como condición necesaria para la funcionalidad social. Esta perspectiva propone que la coherencia identitaria es deseable, no solo para el bienestar del individuo, sino también para su inserción en un entorno que privilegia la estabilidad psíquica como norma.

Este enfoque, aunque ampliamente difundido, no está exento de tensiones. La idea de que el “yo” debe ser unificado para ser funcional responde a una lógica normativa que asocia la salud mental con la consistencia interna y la previsibilidad conductual. Sin embargo, esta lógica puede invisibilizar formas legítimas de subjetividad que no se ajustan a ese modelo. En el caso del TID, la multiplicidad no necesariamente impide la funcionalidad; más bien, puede constituir una forma alternativa de organización psíquica que, si es reconocida y acompañada adecuadamente, permite al individuo desenvolverse con autonomía y dignidad.

El mismo documento de González Rivera (2023) reconoce que el lenguaje terapéutico puede reforzar o suavizar la fragmentación del “yo”, al señalar que “Sería antiterapéutico en conversaciones con pacientes referirnos a los estados mentales alternos como la “otra persona” o la “otra personalidad”; este tipo de acercamiento favorece y promueve la

fragmentación del yo” (pág. 471). Esta observación es crucial, pues pone en evidencia que el modo en que se nombra la experiencia disociativa tiene efectos concretos sobre la vivencia del paciente. El lenguaje no es neutro: puede consolidar la escisión o facilitar el diálogo interno. En este sentido, pensar la identidad no como una suma de partes separadas, sino como un sistema interno que puede dialogar consigo mismo sin necesidad de fusionarse, implica una transformación profunda en la manera de concebir el tratamiento.

Desde esta mirada, la lucha por la coherencia no implica borrar la multiplicidad, sino aprender a habitarla con dignidad. El tratamiento, entonces, no debería imponer una narrativa única de integración, sino acompañar al individuo en la construcción de un sistema identitario funcional, y emocionalmente legítimo, incluso si esta permanece plural. Esta perspectiva sería factible para reconocer que la coherencia no se alcanza negando la fragmentación, sino facilitando el diálogo interno entre las distintas partes del “yo”; lo que algunos expertos denominarían como co-conciencia. En este sentido, el acompañamiento clínico cobraría un papel fundamental: no como agente de fusión, sino como mediador de reconocimiento. Tal como lo plantea el texto de González Rivera (2023), “profesionales de la psicología clínica deben ayudar a las identidades fragmentadas a ser cada vez más conscientes unas de otras como partes legítimas de un solo yo” (pág. 471). Esta afirmación no solo valida la existencia de múltiples estados internos, sino que propone una ética del cuidado basada en la legitimación de cada una como integrante de una narrativa más amplia.

Así, el trabajo terapéutico se transformaría en una práctica narrativa que no busca silenciar voces internas, sino que permitiría que se escuchen, se reconozcan y se articulen en una historia que, aunque compleja, puede sostenerse con coherencia simbólica. Esta narrativa no se construye desde la imposición de una verdad clínica, sino desde el acompañamiento respetuoso de los procesos internos. Habitar el mundo desde la fragmentación, entonces, no

es una falla del “yo”, sino una forma alternativa de estar en él, que exige sensibilidad clínica, apertura epistemológica y una profunda ética del acompañamiento y de la representación.

Este enfoque invita a repensar los objetivos del tratamiento y de las obras con componentes psicológicos en contextos de disociación, no como una búsqueda de normalización, sino como una apuesta por la legitimación de la diversidad psíquica. En lugar de preguntarse cómo “reparar” o “representar” al sujeto, podría ser más pertinente indagar cómo acompañarlo en la construcción de una vida vivible, donde la pluralidad interna no sea motivo de exclusión, sino fuente de creatividad, resiliencia y sentido.

La experiencia de habitar el mundo con TID no solo implica lidiar con la fragmentación identitaria, sino también con una relación profundamente alterada con la memoria. En este contexto, la memoria no opera como un archivo lineal y confiable, sino como un dispositivo emocional que se activa en función de la supervivencia. Olga Trujillo (2019), en su autobiografía, ofrece una perspectiva íntima y reveladora al afirmar que:

cuando el recuerdo de un buen momento era capturado, era para contrarrestar un evento traumático que estaba, de alguna manera, vinculado al buen recuerdo de una persona o una fecha; de esta manera me era posible concentrarme en ciertos sentimientos positivos cuando la violencia que estaba sufriendo se volvía demasiado difícil (pág. 13)

Esta afirmación sugiere que la evocación de lo positivo no responde a una lógica nostálgica, sino a una estrategia de regulación emocional frente al dolor.

Desde esta mirada, los recuerdos no se organizan por su veracidad objetiva, sino por su utilidad afectiva. El recuerdo de un momento feliz no necesariamente se preserva por su importancia en la biografía, sino por su capacidad de contrarrestar el impacto de una vivencia

traumática. Esta dinámica pone en cuestión los modelos tradicionales de la memoria como registro fiel de la experiencia, y abre la posibilidad de pensarla como una construcción subjetiva que se adapta a las necesidades del “yo” fragmentado. En este sentido, la memoria en el TID no es un síntoma de desorden, sino una herramienta de resistencia.

Así mismo Olga Trujillo (2019) refuerza esta idea: “mis recuerdos de eventos traumáticos son mucho más confiables que mis recuerdos de cosas cotidianas” (pág. 13). Esta afirmación, aunque contraintuitiva desde una perspectiva neurotípica, revela una lógica interna coherente. En contextos de trauma, el cuerpo y la mente priorizan la codificación de aquello que representa una amenaza, mientras que lo cotidiano, aquello que no implica riesgo, puede volverse difuso o irrelevante. Esta selectividad no debe ser interpretada como una falla cognitiva, sino como una forma de adaptación que permite al sujeto mantenerse alerta frente a posibles agresiones.

Estas observaciones de Olga Trujillo se exploran en Gabriela invitando a repensar la relación entre trauma, memoria y subjetividad. En lugar de asumir que la fragmentación del recuerdo es un déficit, podría ser más productivo entenderla e incluso representarla como una reorganización funcional del psiquismo. La confiabilidad de los recuerdos traumáticos en su caso no implicaría una fijación patológica, sino, quizás, una respuesta adaptativa que prioriza la supervivencia. Asimismo, la dificultad de ambas para recordar lo cotidiano no necesariamente indicaría deterioro, sino una redistribución de la atención emocional hacia lo que el sistema interno considera vital.

En el caso del TID, la memoria no solo es fragmentada, sino también funcionalmente distribuida entre las distintas identidades. La *International Society for the Study of Trauma and Dissociation* (2011) plantea que las personas con “TID suelen estar en conflicto e inseguros acerca de sus recuerdos, con diferentes identidades alternativas que adoptan

distintos puntos de vista en función de su perspectiva de desarrollo¹²” (pág. 168). Esto sumado a las experiencias de Olga Trujillo con respecto a la memoria podríamos afirmar que cada parte del sistema puede retener aspectos específicos de la experiencia, lo que nos permite plantear una gestión diferenciada del dolor, la alegría, el miedo o la esperanza. Esta distribución, aunque difícil de comprender desde una lógica unitaria del “yo”, puede ser vista como una forma de “inteligencia emocional” compartida, donde el recuerdo se convierte en un recurso colectivo para sostener la existencia.

Es así como el cine, en tanto arte que trabaja con el montaje, la elipsis, la simultaneidad y la multiplicidad de puntos de vista, ofrece herramientas narrativas que podrían dialogar con esta forma de memoria distribuida entre las diferentes identidades. En el caso de *Reblujos mentales* utilizando la posibilidad de construir relatos no lineales, de superponer temporalidades, de alternar voces y perspectivas, lo cual permite representar la experiencia disociativa sin reducirla a una patología ni forzarla a encajar en estructuras narrativas convencionales. En este sentido, el cine no solo puede ilustrar la fragmentación, sino también encarnar la lógica interna del sistema de identidades, mostrando cómo cada parte accede, interpreta y transmite el recuerdo desde su propia posición.

Estas herramientas narrativas han sido ampliamente utilizadas por el cine para explorar líneas temporales fragmentadas, saltos en el tiempo, realidades alternas, entre otras que coexisten con la percepción ordinaria del mundo. Esta capacidad de representar simultaneidades y divergencias permite que el lenguaje cinematográfico dialogue no solo con el TID, sino también con otras formas de organización psíquica que desafían la lógica de la unidad y la continuidad. En lugar de imponer una lectura única sobre el sujeto, el cine puede

¹² Traducción propia del texto *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision* (International Society for the Study of Trauma Dissociation, 2011).

habilitar espacios donde la mente se despliegue en su complejidad, sin ser reducida a una anomalía ni a una función disfuncional. Un ejemplo de ello se encuentra en *A Beautiful Mind* (Howard, 2001), donde la construcción narrativa explicita la convergencia entre la realidad del protagonista y la realidad del mundo, sin resolverla de manera definitiva, sino manteniendo la tensión entre ambas. Esta estrategia no solo permite representar la vivencia interna del personaje, sino también interpelar a las espectadoras sobre los límites de lo real, lo racional y lo comprensible. Así, el cine se presenta como un medio capaz de encarnar subjetividades múltiples, de representar memorias distribuidas y de abrir preguntas éticas y estéticas sobre cómo narrar lo que no se ajusta a los modelos convencionales de identidad.

Esta propuesta abre preguntas relevantes para el campo de la representación audiovisual: ¿cómo narrar una memoria que no pertenece a un solo “yo”?, ¿qué formas de montaje, de voz, de encuadre pueden dar cuenta de la distribución funcional del recuerdo?, ¿es posible construir una narrativa que no busque integrar las partes, sino reconocer su coexistencia y su diálogo interno? Estas interrogantes no buscan establecer un modelo único de representación, sino habilitar un espacio de exploración donde la subjetividad disociativa pueda ser pensada desde su complejidad, sin ser reducida a una anomalía ni a un espectáculo.

En este marco, el cine se plantea como un territorio para imaginar otras formas de memoria, otras maneras de narrar el pasado y de situar al sujeto en relación con sus fragmentos. Lejos de ofrecer una solución narrativa a la disociación, lo que se propone es una apertura: una invitación a pensar la multiplicidad como potencia estética y creativa.

Conclusiones

A partir del recorrido teórico, analítico y creativo que conforma esta investigación, se propone pensar la salud mental no como un campo cerrado al saber clínico, sino como un espacio de disputa donde intervienen múltiples dimensiones: la clínica, la cultural, la social, el lenguaje, la política y la representación. Esta perspectiva permite reconocer que los significados atribuidos al cuerpo, la identidad y la subjetividad no son fijos ni universales, sino que se construyen en contextos específicos, atravesados por relaciones de poder, discursos normativos y prácticas institucionales.

El marco teórico permitió visibilizar que el diagnóstico psiquiátrico, lejos de ser una herramienta neutral, puede operar simultáneamente como mecanismo de validación y como dispositivo de exclusión. Por un lado, nombrar clínicamente una experiencia puede ofrecer sentido, reconocimiento y acceso a recursos; por otro, puede imponer etiquetas que reducen la complejidad del sujeto, condicionan su agencia y lo inscriben en narrativas que lo separan de lo social. Esta ambivalencia no se resuelve en términos de corrección, sino que exige una reflexión sobre cómo se construyen los límites entre lo que se considera salud y enfermedad, entre lo que se escucha y lo que se silencia.

A lo largo del desarrollo argumentativo de esta investigación, se ha buscado posicionar la fragmentación identitaria no como síntoma de falla o disfunción, sino como una forma legítima de organización subjetiva. Esta postura desafía los modelos tradicionales que asocian la coherencia psíquica con la unidad narrativa, proponiendo en cambio una mirada que reconoce la multiplicidad como expresión válida de la experiencia humana. El texto no pretende clausurar esta discusión, sino abrirla, habilitando preguntas que interpelan tanto al campo clínico como al audiovisual: ¿cómo narrar una subjetividad disociada sin reducirla a una anomalía? ¿Qué formas narrativas permiten representar la diferencia sin convertirla en espectáculo ni en metáfora de amenaza?

En este sentido, se reconoce que la representación de la disociación y en particular del Trastorno de Identidad Disociativo (TID) exige una narrativa que evite tanto la romantización, como la patologización. La multiplicidad psíquica no debe ser idealizada ni condenada, sino comprendida en la subjetividad de cada individuo, en sus tensiones internas y en su capacidad de agencia. Esta investigación propone que el audiovisual, por su naturaleza expresiva y estructuralmente abierta, tiene el potencial de encarnar lógicas subjetivas no lineales, fragmentadas y divergentes. Sin embargo, también se observa que muchas representaciones contemporáneas siguen reproduciendo estigmas, especialmente cuando el TID se vincula con la criminalidad, la peligrosidad o la espectacularización del trauma.

Este trabajo aporta a la deuda cinematográfica que se tiene con la construcción de un corpus más amplio de obras que representen el TID desde la cotidianidad, el vínculo y la agencia, sin recurrir a narrativas que refuercen el aislamiento o la excepcionalidad del sujeto disociado. Esta tarea no implica establecer un modelo único de representación, sino abrir posibilidades para narrar la diferencia desde una perspectiva situada, plural y comprometida con el respeto por la experiencia vivida.

La escritura del guion permitió construir una narrativa fragmentada que se articula con la lógica interna del Trastorno de Identidad Disociativo (TID), utilizando recursos expresivos como los saltos temporales, los espacios cerrados y las estructuras no lineales. Estas decisiones formales no se adoptaron únicamente por razones estéticas, sino como estrategias narrativas que buscan encarnar la experiencia disociativa desde su propia lógica, evitando imponerle una coherencia externa. La elección del thriller psicológico como género principal habilitó una representación de la tensión interna del personaje, generando una experiencia sensorial que acompaña a las espectadoras en la vivencia de una subjetividad múltiple, ambigua y en constante negociación.

Sin embargo, el proceso creativo también evidenció tensiones que merecen ser discutidas. En particular, se reconoce que ciertas decisiones narrativas como la asignación del rol masculino como figura de poder abusiva y la concentración de la ética del cuidado en un personaje femenino, pueden reforzar imaginarios estigmatizantes o reproducir esquemas de género que, aunque funcionales para la trama, requieren ser revisados críticamente. Esta distribución de roles, si no se problematiza, corre el riesgo de simplificar las dinámicas de poder y de cargar sobre lo femenino la responsabilidad exclusiva del acompañamiento ético, perpetuando asociaciones históricas entre género, sensibilidad y cuidado. No obstante, la lectura teórica sobre la antipsiquiatría permitió consolidar un posicionamiento crítico frente a los discursos psiquiátricos hegemónicos y esto dio lugar a la reflexión disciplinar desde la ética del cuidado, una propuesta feminista que ha planteado dichos cuestionamientos y no solamente en este campo disciplinar.

A pesar de estas tensiones, el proyecto logró articular teoría, análisis y creación en torno a una problemática compleja para mí como autora, proponiendo una mirada plural y subjetiva sobre la salud mental. La investigación no pretende haber agotado el tema ni haber encontrado una forma definitiva de representación. Por el contrario, se reconoce que la subjetividad disociativa sigue siendo un territorio en disputa, y que el cine como lenguaje abierto y polisémico ofrece herramientas para seguir explorando sus múltiples formas de existencia.

Este trabajo deja abierta la posibilidad de que otras voces, otras narrativas y otras formas de creación continúen esta búsqueda, reconociendo que representar la multiplicidad implica también transformar los marcos desde los cuales se la mira. La pregunta por cómo narrar la disociación sin reducirla, sin romantizarla y sin patologizarla permanece vigente, y exige seguir pensando desde la intersección entre subjetivación, ética, estética y política. En

este sentido, más que ofrecer respuestas cerradas, este proyecto aspira a habilitar nuevas preguntas, nuevas formas de escucha y nuevas posibilidades de representación.

Guion

El guion titulado *Reblujos Mentales* (anexo 1) corresponde a un largometraje de 63 páginas en su primera versión, estructurado en tres actos que responden a una lógica narrativa clásica. La elección del Trastorno de Identidad Disociativa (TID) como eje temático exigió una construcción narrativa que pudiera representar la fragmentación subjetiva de Gabriela la protagonista. Por ello, durante la primera mitad del guion se incorporan saltos temporales que permiten articular el pasado y el presente de la protagonista, no como líneas separadas, sino como dimensiones que se interpelan mutuamente.

La utilización de estos saltos temporales responde a una necesidad estructural: ofrecer a las espectadoras una comprensión más profunda del personaje y de su realidad disociativa, donde la memoria no se organiza de forma lineal, sino como un sistema consolidado entre distintas identidades.

Desde el punto de vista técnico, la escritura del guion se desarrolló en etapas fragmentadas. Muchas escenas fueron escritas de manera individual, como unidades autónomas que respondían a preguntas específicas sobre el personaje, sus vínculos, sus recuerdos y sus percepciones. Esta metodología permitió explorar cada fragmento narrativo desde su propia lógica, antes de integrarlo al entramado completo. La escritura no se concibió como un proceso lineal, sino como una práctica de investigación-creación en constante movimiento, donde cada escena podía modificar el rumbo general del relato.

Una vez construidas las escenas centrales, se procedió a escribir aquellas que permitieran articular la continuidad narrativa, respetando el ritmo interno del personaje y la progresión emocional de la historia. Esta fase implicó decisiones sobre el montaje, la transición entre tiempos y la dosificación de información, con el objetivo de mantener la tensión dramática sin sacrificar la complejidad subjetiva.

Memoria de investigación

La construcción del guion que acompaña este trabajo de grado no se concibe como un ejercicio meramente creativo, sino como una práctica investigativa que dialoga con los marcos teóricos, clínicos y éticos que sustentan el proyecto. Cada decisión narrativa buscó responder a una reflexión sobre cómo representar la subjetividad disociativa tratando de no caer en reducciones, estigmas o espectacularizaciones. En este sentido, el proceso de escritura se ha entendido como una forma de investigación en sí misma, donde el lenguaje audiovisual se convierte en herramienta para explorar, tensionar y problematizar las formas en que el cine ha abordado la salud mental.

Estructura narrativa: elección del género, fragmentación, simultaneidad y representación clínica.

La elección del thriller psicológico como género principal responde a la necesidad de representar la complejidad subjetiva del personaje principal: Gabriela, sin forzarla a encajar en estructuras narrativas convencionales. Este género permite trabajar con la ambigüedad, la tensión interna y la fragmentación, elementos que resultan pertinentes para abordar el Trastorno de Identidad Disociativo (TID) desde una perspectiva no patologizante. A través de recursos como los saltos temporales, la alternancia de puntos de vista y la construcción de atmósferas inquietantes, el thriller psicológico habilita una narrativa que puede encarnar la lógica interna del sistema de identidades, mostrando cómo cada parte accede, interpreta y transmite el recuerdo desde su propia posición.

Además, el uso de saltos entre presente y pasado permite establecer una relación directa entre memoria, trauma y el sistema de identidades en general. Esta estructura fragmentada no solo representa la distribución funcional de la memoria entre las distintas identidades, sino que también permite explorar la desconexión entre ellas, utilizando las

herramientas del género para construir una experiencia sensorial que acompañe a la espectadora en la vivencia disociativa. El thriller, en este sentido, no se impone como fórmula, sino como posibilidad narrativa que habilita la representación de subjetividades múltiples, contradictorias y en constante negociación.

La estructura del guion se organiza desde la fragmentación, como forma de representar una subjetividad que no se articula en línea recta. La simultaneidad de voces, la superposición de temporalidades y la convergencia entre realidades internas y externas permiten construir una narrativa que no busca integrar las partes, sino reconocer su coexistencia. Esta elección responde a la necesidad de representar la experiencia disociativa desde su lógica interna.

La fragmentación también se extiende al montaje propuesto, que alterna escenas de alta carga emocional con momentos de introspección, permitiendo que el ritmo del relato se ajuste a los movimientos internos del personaje. Esta dinámica busca evitar la espectacularización de los perfiles psicológicos diferentes, proponiendo en cambio una experiencia narrativa que acompañe a la espectadora en la subjetividad de la vivencia disociativa.

De igual forma se ha tomado la decisión de representar el diagnóstico como un evento vital, no como una sentencia. En el guion, el momento del diagnóstico no aparece como punto de cierre, sino como apertura a la subjetividad sobre la identidad, la memoria y la relación con el entorno. Esta elección se articula con la crítica planteada en el marco teórico sobre la reducción de la subjetividad en los discursos clínicos, y busca construir una narrativa que reconozca el valor del acompañamiento terapéutico sin invisibilizar los riesgos de estigmatización y exclusión

La elección de cerrar la historia con la sugerencia de que Gabriela puede “elegir” irse del hospital, incluso cuando su realidad clínica sigue siendo considerada problemática desde

los parámetros tradicionales, responde a una decisión narrativa que no busca negar la complejidad de su estado ni ofrecer una resolución simplista, sino reivindicar todas y cada una de las veces en que Gabriela fue despojada de la posibilidad de decidir sobre sí misma: sobre su cuerpo, su internamiento, su tratamiento y, en última instancia, sobre su lugar en el mundo.

A lo largo del relato, Gabriela ha habitado espacios de encierro físico, simbólico y afectivo donde su voz ha sido constantemente puesta en duda, interpretada desde afuera o directamente silenciada; el sistema clínico, las figuras de autoridad y las estructuras patriarcales que la rodean han operado como dispositivos de contención que, bajo la lógica del cuidado, han restringido su agencia. Por eso, permitir que el cierre de la historia se articule desde una elección, aunque sea sugerida, aunque no esté completamente resuelta, implica restituirle un derecho fundamental: el de decidir cómo habitar su subjetividad, cómo vincularse con el mundo y cómo transitar su diferencia sin ser reducida a ella.

Esta decisión también dialoga con el objetivo central de la investigación: abrir posibilidades narrativas para representar la disociación sin imponerle una lógica de corrección, integración o normalización. Gabriela no “se cura”, no “se resuelve”, pero accede a una forma de libertad que no depende de la validación externa, sino de su propia capacidad de posicionarse frente al mundo. El hecho de que esta elección ocurra en un momento donde los espacios exteriores comienzan a ser habitados refuerza la dimensión simbólica del gesto, la apertura del mundo para la subjetividad disociativa, el tránsito desde el encierro hacia la posibilidad de existencia plural.

En este sentido, el cierre no se plantea como final, sino como umbral. No busca clausurar la historia, sino habilitar una pregunta: ¿qué ocurre cuando el sujeto, incluso en su multiplicidad, puede elegir? ¿Qué narrativas se abren cuando la diferencia no es contenida, sino reconocida como forma legítima de estar en el mundo? La escena final, entonces, no

ofrece respuestas, pero sí propone otra mirada desde una ética del cuidado, la de escuchar, validar y acompañar sin imponer, sin reducir, sin decidir por el otro.

Elección del espacio: exclusión, encierro y apertura simbólica

La decisión de situar la historia en un hospital psiquiátrico con una ambientación descuidada, desgastada y olvidada responde a una intención simbólica que atraviesa tanto la narrativa como la dimensión ética del proyecto. Este espacio no se presenta como un simple escenario funcional, sino como una metáfora de los lugares de exclusión donde la diferencia es apartada, contenida y, en muchos casos, olvidada por la sociedad. La arquitectura deteriorada, la falta de cuidado y la sensación de abandono no solo hablan del estado físico del lugar, sino que reflejan el modo en que históricamente se ha tratado la salud mental, como algo que debe ser separado, silenciado y mantenido fuera del mundo visible.

Este entorno también opera como espejo de la vivencia subjetiva de muchas personas con perfil psicológico neurodivergente, donde el sentimiento de desarraigo, incompreensión y autoexclusión puede volverse dominante. El hospital, en este sentido, representa la tensión entre lo que se considera normativo y lo que se percibe como disruptivo, entre lo que se integra y lo que se margina. Por esta razón, la mayoría de las escenas se desarrollan en espacios cerrados, claustrofóbicos, donde el exterior aparece como algo lejano, inaccesible. Esta elección busca representar no solo el encierro físico, sino también el encierro psíquico y social que atraviesa la protagonista. Los lugares exteriores, cuando aparecen, lo hacen como fragmentos distantes, como promesas suspendidas que aún no pueden ser habitadas. Sin embargo, hacia el final del guion, estos espacios comienzan a abrirse, a ser transitados, a formar parte del mundo narrativo. Esta progresión no responde a una lógica de resolución o sanación, sino a una apuesta por la apertura, una forma de representar el deseo y la

posibilidad de que la subjetividad disociativa pueda habitar el mundo sin ser excluida, sin ser reducida, sin ser contenida en los márgenes.

Esta transformación espacial se articula con el objetivo central de la investigación: construir una narrativa que no solo represente la disociación, sino que también la habilite como forma legítima de estar en el mundo. El paso del encierro a la apertura no busca ilustrar una recuperación lineal, sino señalar que la subjetividad, incluso en su multiplicidad, tiene derecho a existir, a ser vista y a ocupar un lugar en lo social. El espacio, en este sentido, no es solo fondo, sino discurso, una forma de decir, de posicionar y de interpelar a las espectadoras sobre cómo se construyen los límites entre lo normal y lo excluido.

Construcción de personajes: posicionamientos clínicos, tensiones éticas y subjetividad

Disociativa

La construcción de los personajes que rodean a Gabriela en el guion responde a una lógica investigativa que busca representar distintas posturas frente a la salud mental, el diagnóstico y la subjetividad disociativa. Cada figura busca encarnar no solo una función narrativa, sino también una posición ideológica, ética y política frente al cuerpo, la agencia y el saber clínico. En este sentido, los personajes no se limitan a cumplir roles dramáticos, sino que permiten tensionar los discursos que han moldeado históricamente la representación de la enfermedad mental en contextos institucionales y sociales.

El personaje de López se construye desde una perspectiva que encarna los principios de la psiquiatría tradicional, donde el médico se posiciona como poseedor del saber y, por tanto, como autoridad sobre el cuerpo y la subjetividad del paciente. Esta postura se traduce en una práctica que desliga al sujeto de su agencia, reduciéndolo a un objeto de intervención. En el caso de Gabriela, esta lógica se ve agravada por el abuso de poder que López ejerce, no solo en términos clínicos, sino también personales, facilitando su acceso a ella y

aprovechándose de su realidad disociativa. Esta dinámica pone en evidencia cómo ciertos dispositivos médicos pueden convertirse en herramientas de control y vulneración, especialmente cuando se intersectan con relaciones de poder desiguales. López no representa únicamente una postura clínica, sino también una figura que encarna la violencia estructural que puede operar bajo el manto de un supuesto cuidado.

En contraste, María se construye desde una postura más cercana a la antipsiquiatría, donde la escucha, la validación y la empatía se presentan como principios fundamentales para el acompañamiento subjetivo. Sin embargo, estas prácticas no son recibidas de manera neutral dentro del sistema institucional. María debe enfrentar la constante deslegitimación de sus decisiones profesionales, no solo por cuestionar los modelos hegemónicos de intervención, sino también por ser mujer en un sistema patriarcal que asocia sus métodos con características tradicionalmente feminizadas. La sensibilidad, la apertura al diálogo y la disposición al cuidado, lejos de ser reconocidas como competencias clínicas, son interpretadas como debilidades o como falta de rigor. Esta tensión permite visibilizar cómo el machismo y el patriarcado atraviesan también los espacios de salud mental, condicionando qué saberes son considerados válidos y quiénes tienen derecho a ejercerlos.

Víctor, por su parte, fluctúa entre ambas posturas. Aunque pocas veces muestra sensibilidad frente a la experiencia de Gabriela, mayoritariamente le cuesta desligarse de lo que considera correcto, especialmente en su rol como jefe y como hombre dentro de una estructura patriarcal. Su dificultad para cuestionar los marcos institucionales que lo sostienen lo convierte en un personaje en tensión, que oscila entre la posibilidad de comprender y la necesidad de controlar. Esta ambivalencia permite representar las contradicciones que atraviesan a quienes, desde posiciones de poder, intentan acompañar sin renunciar a sus propios privilegios o certezas.

En cuanto a Gabriela, su construcción se ha nutrido de un proceso investigativo que incluyó el análisis del documental *Crazy, Not Insane* (Gibney, 2020), la lectura de la autobiografía *La Suma de Mis Partes: Testimonio de una Sobreviviente de Trastorno de identidad disociativa* (Trujillo, 2019) y la revisión de diversos textos sobre el TID citados durante este trabajo. A partir de este recorrido, se identificó un patrón común en los casos revisados: el desarrollo de este perfil psicológico estaba vinculado a experiencias de trauma violento y repetitivo en la infancia. Esta observación no se plantea como verdad absoluta ni como condición excluyente, sino como una constante que permitió orientar la construcción del pasado de Gabriela. Su historia está marcada por la violencia, no como recurso dramático, sino como elemento estructurante de su subjetividad disociativa. Esta elección no busca deslegitimar la posibilidad de que existan personas con Trastorno de Identidad Disociativa sin antecedentes traumáticos o que lo desarrollen en la vida adulta, sino reconocer que, en el marco de esta investigación, el trauma infantil se presentó como factor recurrente.

Bibliografía

Alarcón, A. P. (2019). *El cine como pensamiento, representación y construcción de la realidad, educación y cambio social*. [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Panamericana.

Andrade, L. M. (14 de Junio de 2023). *El síntoma es íntimo y político. Escuchar el malestar. Apuntes sobre salud mental* [Audio Podcast]. Institut Humanitats.
<https://open.spotify.com/episode/3HDRoMbPwkz8XBRCybeU9v>

Andrade, L. M. (14 de junio de 2023). *La violencia del diagnóstico. Escuchar el malestar. Apuntes sobre salud mental* [Audio Podcast]. Institut Humanitats.
<https://open.spotify.com/episode/3HDRoMbPwkz8XBRCybeU9v>

Arias, A. C., Herazo, E., & Rojas, M. R. (2019). Psiquiatría cultural: más allá del DSM-5. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 50 (2), 138–145.

Barrasa, A. V. (2019). *El trastorno de identidad disociativo: Aproximación social, cinematográfica y jurídico-penal*. [Trabajo de grado]. Universidad Rey Juan Carlos.

Barrio, Á. A.-G. (2013). De la Dialéctica a la Dialógica. *Mar Oceana*, 31, 97-125.

Barukel, A., & Stolkiner, A. (2018). El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad. *Saúde Debate*, 42, 646–655.

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Ediciones Paidós Ibérica.

Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Ediciones Paidós Ibérica.

- Calderone, M. (2024). Sobre Violencia Simbólica en Pierre Bourdieu. *La Trama de la Comunicación*, 9, 59-70.
- Canguilhem, G. (1975). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI argentino editores S.A.
- Cooper, D. (1985). *La psiquiatría y Antipsiquiatría*. Ediciones Paidós.
- Dávila, S. C. (2017). *La unidad de estilo nietzscheana: unidad múltiple, entre lo individual y lo colectivo*. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional de Colombia.
- Deleuze, G. (1999). *Postscriptum*. Éditions de Minuit.
- Despentes, V. (2007). *Teoría King Kong*. Melisina.
- Dissociation, I. S. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187.
- Figaredo, P. H., & Gutiérrez, L. G. (2024). Evolución de la atención psiquiátrica institucionalizada desde el asilo hasta el hospital de día. *Humanidades Médicas*, 24(2).
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. apublibre.
- Freud, S. (1993). *Los textos fundamentales del psicoanálisis*. Altaya.
- Gary, M. E. (2022). From care ethics to pluralist care theory: The state of the field. *Philosophy Compass*, 1-15.
- Holland, J. G. (1863-1944). *The private journals of Edvard Munch*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Joerns, J. L. (2011). Aprendizaje como reconfiguración de agencia. *Revista de Estudios Sociales*, (40), 33-43.
- Jung, C. G. (2003). *Los arquetipos y lo inconsciente colectivo*. Ediciones Paidós Iberica S.A.

Kolk, B. V. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta*. Eleftheria.

Latiesas, X. S., & Carracedo, J. C. (2025). *Persona y paciente: La relación médico-paciente desde una mirada humanista*. Ediciones Gráficas Rey, S.L.

Losada, A. V., & Faga, M. (2022). La terapia narrativa como intervención en jóvenes víctimas de abuso sexual infantil. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 26(1), 22-52.

Martínez, F. d. (2009). Las imágenes de la locura en el cine como representaciones culturales. *Cuicuilco*, 16(45), 11-25.

McElroy, K. (28 de Febrero de 2024). *Co-Fronting with Alters in Dissociative Identity Disorder*. HealthyPlace.

<https://www.healthyplace.com/blogs/dissociativeliving/2024/2/cofronting-with-altern-in-dissociative-identity-disorder>

Molina, L. G., Poniaman, M., & Pico, M. M. (2020). Acerca del Trastorno de Identidad Disociativo: Modelos explicativos de enfoque cognitivo. *Anuario de Investigaciones Universidad de Buenos Aires*, 27(4), 25-40.

Nosetto, L. (2017). Las palabras y las cosas. Michel Foucault y la centralidad de la cuestión del origen en los discursos políticos. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 51(2), 187-201.

Puerto, M. S., & Vázquez, M. S. (2024). Neurodiversidad, discapacidad y enfoque social: una reflexión teórica y crítica. *Revista Española de Discapacidad*, 12(1), 213-222.

Ricoeur, P. (2006). *Si mismo como otro*. Siglo XXI Editores. s.a.

Rivera, J. A. (2023). Tratamiento psicológico para el trastorno de identidad disociativo: Guías generales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 34(3), 466-479.

Rocca, A. V. (2011). Antisiquiatría. Deconsturcción del concepto de enfermedad mental y critica a la "razón psiquiatrica". *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31(3), 7-20.

Sánchez, I. (2014). Lo simbólico y lo imaginario a propósito del hombre. Supuestos para una reflexión sobre la mujer. *Análisis. Revista Colombiana de Humanidades*, 46(84), 41-61.

Sanderson, B. (2022). *Curso de escritura creativa*. Penguin Random House.

Saussure, F. d. (1945). *Curso de lingüística general*. Losada.

Soler, A. G. (2020). *La evolución del trastorno de identidad*. [Trabajo de grado]. Universidad Católica de Valencia.

Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad Mental*. Amorrortu editores.

Tubau, D. (2015). *El Espectador es el Protagonista: Manual y Antimanual de Guion*. Alba fuera de campo.

Trujillo, O. (2019). *La Suma de Mis Partes: Testimonio de una Sobreviviente de Trastorno de identidad disociativa*. Tortuga Publishing.

Filmografía

Aronofsky, D. (Dirección). (2010). *Black Swan* [Película]. Fox Searchlight Pictures; Phoenix Pictures.

Fincher, D. (Dirección). (1999). *Fight Club* [Película]. Fox 2000 Pictures; Regency Enterprises; New Regency Productions; Linson Films; Atman Entertainment; Knickerbocker Films; Taurus Film.

Gibney, A. (Dirección). (2020). *Crazy, not insane* [Película]. Alex Gibney; Ofelia; Harutyunyan; Erin Edeiken; Joey Marra.

Hitchcock, A. (Dirección). (1960). *Psycho* [Película]. Shamley Productions

Howard, R. (Dirección). (2001). *A Beautiful Mind* [Película]. Universal Pictures; DreamWorks Pictures; Imagine Entertainment.

Scorsese, M. (Dirección). (1991). *Cape Fear* [Película]. Amblin Entertainment; Cappa Films; TriBeCa Productions.

Shyamalan, M. N. (Dirección). (2016). *Split* [Película]. Blumhouse Productions; Blinding Edge Pictures.

Subiela, E. (Dirección). (1986). *Hombre mirando al sudeste* [Película]. Luján Pflaum; Hugo E. Lauría.

Memorias Narrativas y Dramatúrgicas

Motivación De Escritura

La elección de este tema no es casual, sino que nace de una profunda inquietud personal y profesional por el impacto que el cine, tanto como arte como industria, tiene en la construcción de imaginarios sociales sobre la salud mental. En particular, me he centrado en el TID, una realidad que ha sido consistentemente distorsionada y sensacionalizada en la pantalla grande; películas emblemáticas como *Psycho* (Hitchcock, 1960), *Fight Club* (Fincher, 1999) o *Split* (Shyamalan, 2016); por mencionar algunas, han popularizado una imagen de las personas con TID como alguien amenazante, incontrolable, errático e inhumano.

En estas narrativas, el perfil psicológico se convierte en un recurso dramático para crear villanos impredecibles o giros argumentales impactantes dentro de la obra. Esta representación, podría reducir una realidad compleja a un arquetipo; influyendo en cómo se desarrollan emociones, decisiones y relaciones (Jung, 2003); reforzando un estigma dañino, alimentando el miedo y deshumanizando a quienes conviven con esta realidad (Velilla Barraza, 2019).

Además, me interesa explorar cómo el diagnóstico psiquiátrico podría llegar a convertirse en una forma de violencia simbólica, debido a la carga que este conlleva y cómo las personas con TID habitan un mundo que las etiqueta antes de escucharlas.

A través del guion presentado en este trabajo de grado, se busca desafiar esta violencia simbólica que el cine ha ejercido al convertir los estados mentales en una herramienta para la creación de personajes unidimensionales. Como cineasta y guionista me considero en la responsabilidad de reflexionar sobre las narrativas y abrirme a representaciones más éticas, complejas y empáticas. Este trabajo es mi contribución a esa

reflexión, buscando no solo entender, sino también transformar la manera en que vemos y contamos estas historias.

Tratamiento Argumental

Resumen de la Historia

La historia transcurre en un hospital psiquiátrico dirigido por el doctor Víctor, un psiquiatra de la vieja escuela que impone un régimen autoritario basado en la contención farmacológica y el aislamiento. En este entorno conocemos a Gabriela, una mujer de 25 años diagnosticada con Trastorno de Identidad Disociativa (TID), cuya vida fragmentada es reflejo de una infancia marcada por el abuso y de un trauma reciente que ha precipitado su internamiento. Gabriela permanece sedada y apartada del mundo, sin acceso a su propia narrativa ni posibilidad de agencia.

La llegada de la doctora María, una psiquiatra con enfoque humanista, detona el conflicto central. María desafía los protocolos institucionales para proponer un tratamiento menos invasivo, basado en la escucha y el reconocimiento de la subjetividad de Gabriela. A medida que se adentra en el caso, descubre la existencia de tres identidades internas Gabi, Ela y Gab que cohabitan en Gabriela y que cumplen funciones específicas de protección frente al trauma. Este descubrimiento transforma el abordaje clínico y abre una posibilidad de reconstrucción narrativa desde la multiplicidad.

Paralelamente, se revela que la internación de Gabriela no fue producto de una evaluación objetiva, sino resultado de una manipulación ejercida por el doctor López, un psiquiatra que instrumentaliza su diagnóstico para mantener el control institucional y proteger sus propios intereses. Temiendo que el tratamiento de María revele la verdad, López intensifica sus estrategias de poder, manipulando a Víctor y al sistema para mantener a Gabriela bajo vigilancia y silencio.

La tensión narrativa se incrementa a medida que María se acerca a la verdad y las identidades de Gabriela comienzan a emerger con mayor fuerza, desafiando el régimen del hospital y las lógicas de control que lo sostienen. La historia no ofrece una resolución cerrada, sino que propone una apertura ética hacia la legitimación de la diferencia y la posibilidad de autonomía en contextos que históricamente la han negado.

Personajes Principales

Gabriela (25 años): Una joven diagnosticada con TID, cuyo trauma ha fragmentado su identidad. Su historia está marcada por el abuso infantil y una reciente manipulación que la ha llevado al hospital.

María (28 años): Una psiquiatra compasiva que desafía los métodos tradicionalistas de su profesión. Su empatía y visión humanista la llevan a confrontar el sistema y a convertirse en la única aliada de Gabriela.

López (40 años): Un psiquiatra manipulador que utiliza su poder para controlar a Gabriela. Su perfil es el de un villano que, bajo la fachada de profesionalismo, esconde un oscuro secreto que lo une a la protagonista.

Escenas Clave

- ***Introducción al Trauma y al Antagonista (Escena 1):*** Es el detonante inicial que establece la dinámica de abuso de López contra Gabriela en el espacio público. Muestra la vulnerabilidad de Gabi y la naturaleza depredadora y sigilosa de López, cuyo rostro nunca vemos. Esta escena establece la base del trauma que desencadena el Trastorno de Identidad Disociativa (TID).

- ***Presentación de la Protagonista y la Terapia (Escena 18):*** Es la primera interacción entre Gab y la Dra. María González. Muestra el enfoque empático y centrado en la narrativa de María, contrastando con el sistema rígido del hospital. Aquí se plantea la problemática central del guion.
- ***Revelación del Conflicto Institucional (Escena 22):*** López confronta a María por su método de trabajo, defendiendo el enfoque farmacológico y el control. Esta escena establece a López como el principal obstáculo institucional para la recuperación de Gabriela y subraya la soledad de María en su lucha por una psiquiatría más humana.
- ***Primer Avance hacia la Conexión Social (Escena 33):*** Marca la primera interacción voluntaria de Gabriela con otros pacientes, específicamente jugando a las cartas. Es un momento crucial de transición que muestra el efecto positivo de la terapia de María y el inicio del proceso de integración social de Gabriela.
- ***Canalización del Conflicto Interno (Escena 35):*** La Dra. González le da a Ela un juego de detectives. Esta escena es vital, ya que el acto de organizar las pistas se convierte en una metáfora del trabajo de Gabriela por organizar sus memorias fragmentadas y traumas. Muestra una vía de escape para su energía y un paso hacia el reconocimiento.
- ***Intento de manipulación (Escena 38):*** López, con una amabilidad forzada e inusual, intenta persuadir a María para que acepte un mejor puesto en otro hospital. Esta escena evidencia el intento de López de alejar a María del caso de Gabriela para protegerse. La negativa de María confirma su compromiso y eleva la tensión de la confrontación.

- *Aceptación de la Apertura (Escena 52):* María le sugiere a Gabriela que asista a terapia grupal. El momento en que Gabi pregunta si tiene que ir y luego si ellas quieren ir, marca la aceptación de su pluralidad y el deseo de sus identidades de buscar la coherencia y el apoyo externo.

Tono y Atmósfera

El guion se inscribe dentro del género del drama psicológico, incorporando elementos del thriller que intensifican la tensión narrativa y emocional. Esta elección formal responde a la necesidad de representar una subjetividad fragmentada, marcada por el encierro, la vigilancia y la ambigüedad perceptiva. En consecuencia, se construye una atmósfera opresiva y claustrofóbica, sostenida por el uso predominante de espacios cerrados, deteriorados y desprovistos de calidez. El desgaste físico de estos lugares paredes descascaradas, iluminación fría, mobiliario institucional funciona no solo como extensión visual del estado psíquico de Gabriela, reflejando tanto su aislamiento como la imposibilidad de nombrarse desde un lugar propio. Si no también el olvido y aislamiento en el que pueden estar las personas internadas en instituciones mentales.

La iluminación juega un papel clave en esta construcción atmosférica. Se privilegia una luz blanca y fría que refuerza la falta de confort y familiaridad, acentuando la sensación de vigilancia y despersonalización. El hospital, con sus pasillos silenciosos y sus personajes autoritarios que operan bajo una rutina estandarizada, se convierte en un laberinto institucional donde la subjetividad queda atrapada entre protocolos y omisiones. Es en este espacio que Gabriela y María deben navegar, no solo para encontrar la verdad sobre el diagnóstico y la internación, sino también para recuperar el derecho a la palabra y a la diferencia.

En contraste, los espacios habitados por Gab al inicio del guion presentan una atmósfera más acogedora, con guiños a lo exterior —ventanas abiertas, luz natural, elementos orgánicos— que funcionan como proyección del deseo inconsciente de Gabriela por una vida fuera del encierro. Sin embargo, incluso en estos lugares persiste una estética del silencio: pausas prolongadas, ausencia de diálogo, contención emocional. Estos silencios no se interpretan como vacío, sino como densidad simbólica que habla de lo no dicho, de lo reprimido y de lo que aún no puede ser nombrado.

El uso consciente del color también cumple una función narrativa y simbólica. El diario de Gabriela, objeto recurrente en la historia, aparece inicialmente en rojo, color que remite al dolor, las heridas abiertas y el estado de alerta constante que ha caracterizado su experiencia. A medida que Gabriela avanza en su proceso de introspección y reconstrucción, el diario cambia a morado, color que estaba presente en su vida antes del trauma y que aquí funciona como símbolo de transformación, memoria y reapropiación. Este cambio cromático no solo marca una evolución interna, sino que también constituye un gesto autoral que inscribe el feminismo como una presencia transversal en el proyecto. No se trata de una declaración explícita, sino de una referencia sutil que reconoce cómo las experiencias de género atraviesan las formas de narrar, de habitar el cuerpo y de resistir los discursos que buscan homogeneizar la diferencia.

Escaleta

FUNCION NARRATIVA		DETALLES CLAVE
I	<i>ACTO</i>	
	Introducción al conflicto y al trauma.	López acosa a Gabi en el bus. Gabi se disocia para lidiar con la incomodidad. Se establece a López como el agresor.
	Establecimiento de la rutina y la dualidad.	Conocemos a Gab y su forma de procesar el trauma con flashazos de “realidad”.

Presentación de la psiquiatra y su método.	Llegada de Maria al hospital y su metodología de trabajo.
Conflicto de métodos.	Se establece la tensión entre los métodos de tratamiento
Gabriela en el entorno hospitalario.	Gabriela, aislada, observa la dinámica del hospital. Se resiste a la interacción.
Punto de Inflexión del Acto I.	La “realidad” emerge, Gabriela se enfrenta a su condición y es momento de la aceptación.
II <i>ACTO</i>	
Desarrollo de la terapia de María.	María introduce su terapia con Gabriela (diario, dibujos, libros). Las personalidades (Gab, Ela, Gabi) comienzan a manifestarse.
Pequeña victoria, preparación de la red de apoyo	Gabriela interactúa con otros pacientes, María se reúne con Rosa la vecina y le habla del TID de Gabriela.
Resistencia Institucional.	Víctor le establece tiempos de resultados a María y acepta el traslado de Gabriela cuando se logran avances en su tratamiento, a pesar de su escepticismo
Confrontación indirecta.	López intenta sobornar/manipular a María para que se vaya, ofreciéndole un puesto mejor. María rechaza la oferta.
Canalización, clímax del Acto II / Revelación.	María le da el juego de detectives que permite la presentación de las identidades le revela a María y a la espectadora la verdad del abuso y su forma de afrontación.
III <i>ACTO</i>	
Inicio del Acto III. Confrontación con el antagonista	María lee el diario de Gabriela se enfrentan a López y al sistema. Víctor se ve forzado a aceptar una nueva realidad clínica.
Aceptación de la Pluralidad.	Gabriela logra la comunicación entre identidades, se reúne con rosa y tiene la libertad para tomar las decisiones con respecto a su futuro.

Personajes

GABRIELA

La historia de Gabriela está marcada por una infancia y adolescencia de profunda adversidad. A los tres años, quedó huérfana y fue acogida por su tío y su familia -esposa y sus

tres hijos- un entorno que, lejos de ser un refugio, se convirtió en una fuente de abuso físico y psicológico; esta violencia sistemática, que sufrió hasta los veinte años, modeló su personalidad, llevándola a desarrollar un profundo aislamiento y una necesidad compulsiva por la rutina como mecanismo de protección. A los 20 años Gabriela se enfrentó a un nuevo desafío, la fragmentación de su núcleo familiar adoptivo debido a la encarcelación de su tío, el fallecimiento de su tía y la partida de sus primos. Estos eventos la forzaron a independizarse en un contexto de vulnerabilidad emocional y económica. Fue su vecina quien asumió un rol fundamental en este período de transición, ofreciéndole no solo apoyo emocional, sino también la oportunidad de estudiar, y un sustento económico a cambio de la colaboración en su taller de modistería. A los 23 años Gabriela fue internada, debido al abuso sistemático por parte de López, quien detectó su perfil psicológico y se aprovechó de ello; llegando al punto de interrumpir la rutina de Gabriela, -quien a pesar de nunca haber reaccionado en situaciones donde fue violentada-, se atrevió a enfrentarlo y amenazar con denunciarlo. López usó su poder para internarla en el hospital psiquiátrico donde trabaja; fue allí donde fue diagnosticada con TID, bajo supervisión profesional, ha sido altamente medicada para mantenerla bajo control; bajo esta medicación Gabriela imagina un entorno que la permite tener el control de sus traumas reflejándolos en alguien más evitando así la confrontación con su propia realidad.

El Sistema de Identidades Disociativas

El sistema de identidades de Gabriela se compone de tres alteridades principales, cada una con un rol específico en la gestión del trauma:

Gabi: Es la personalidad central, la que ha vivido la mayor parte de la cotidianidad de Gabriela. Se caracteriza por su inocencia y temor, manifestando una incapacidad para percibir el mal o reaccionar ante situaciones de riesgo. Gabi representa la parte de Gabriela que anhela la normalidad, pero carece de las herramientas para protegerse.

Ela: Actúa como la figura protectora del sistema. Su función es enfrentar las situaciones de crisis y restablecer la rutina de manera mecánica y sin una aparente alteración emocional. Sin embargo, el reciente ingreso de Gabriela a un entorno hospitalario ha detonado un cambio en su comportamiento, haciéndola hostil y agresiva, evidenciando que el mecanismo de defensa ha comenzado a fallar.

Gab: Esta personalidad cumple la función de gestionar los recuerdos traumáticos. Para proteger a Gabriela, Gab aborda estos recuerdos como si pertenecieran a otra persona, lo que permite a la personalidad principal continuar con su vida sin ser paralizada por el dolor de su pasado. Gab es la guardiana de la memoria, un puente que conecta el presente con el trauma, pero lo hace de una forma que mitiga su impacto emocional inmediato.

MARÍA

María es una mujer de 28 años que representa una nueva generación en el campo de la psiquiatría. Da sus primeros pasos profesionales en un entorno tradicionalista, estructurado y dominado por una visión machista, donde el enfoque principal del tratamiento es el uso casi exclusivo de la farmacología. Este centro, por su rigidez, se muestra reacio a considerar nuevas perspectivas o tratamientos alternativos.

Pese a que está en el inicio de su carrera y busca estabilidad, María demuestra una profunda ética profesional y empatía. No puede ignorar casos como el de Gabriela, cuya historia de trauma y abuso ha sido tratada con un enfoque puramente farmacológico. En este contexto, María confronta la resistencia de sus colegas y de su superior, decidiendo ir en contra del método establecido.

Su enfoque es menos invasivo y más holístico, centrándose en el acompañamiento emocional y el fortalecimiento de herramientas psicosociales. Con este tratamiento, su objetivo es ofrecer a Gabriela lo que le fue negado en su infancia: un entorno de apoyo y

validación. María se compromete a acompañarla en el proceso de su reciente diagnóstico de TID, con la esperanza de que pueda reconstruir su vida y alcanzar una integración social digna y posible.

LÓPEZ

López es un psiquiatra de 40 años que comparte con Víctor una visión tradicionalista y rígida de la psiquiatría. Es un hombre que exhibe con orgullo su estatus profesional y el prestigio que ha construido, pero bajo esa fachada se esconde una personalidad perspicaz y manipuladora. Su principal motivación es mantener el control absoluto sobre su entorno, tanto en el ámbito profesional como en el personal.

López conoció a Gabriela camino a su casa desde el hospital y, al percibir su vulnerabilidad y su perfil psicológico, se aprovechó de ella en reiteradas ocasiones. Sin embargo, nunca anticipó la respuesta de Gabriela, quien se rebeló con fuerza ante sus intentos de desarraigarla de su vida.

Como reacción, López utilizó su influencia y la complicidad de Víctor para internarla en el mismo hospital donde trabaja. Aprovechando el régimen de mano dura de la institución, López se aseguró de que Gabriela estuviera bajo su control y de que cualquier intento de denuncia fuera silenciado por la política del hospital, y su perfil psicológico.

Ninguno de sus colegas está al tanto de la “relación” que mantiene con Gabriela. López es el principal obstáculo para María. Al saber que el enfoque más humano y menos invasivo de su colega podría revelar sus actos, se interpone en su camino. Su objetivo es mantener a Gabriela sedada y controlada, evitando que el tratamiento de María saque a la luz la verdad que ha permanecido oculta bajo el régimen del hospital.

López es un personaje complejo que representa el abuso de poder y la corrupción del sistema.

VÍCTOR

Víctor es una psiquiatra de 60 años que encarna el *statu quo* en el sistema de salud mental. Como director de un hospital psiquiátrico que enfrenta recortes presupuestarios y falta de personal, su gestión se caracteriza por una mano dura y un profundo pesimismo.

Su visión de la salud mental es radical: cree que los pacientes no tienen posibilidad de recuperación y que la única forma de sobrellevar la vida es a través de la medicación constante y el aislamiento. Para él, las personas con diversidades mentales son una carga para la sociedad y deben ser separadas de ella.

Dentro del hospital, su palabra es ley. Nadie debe cuestionar sus métodos, especialmente las mujeres jóvenes como María, a quienes consideran ingenuas e inexperimentadas en la "realidad" clínica.

En este contexto, Gabriela es admitida en el hospital como un favor personal, lo que la exponen a la rigurosidad de Víctor. A raíz de su historial de conductas agresivas y su resistencia al tratamiento, Gabriela es tratada como el resto de los pacientes, con un enfoque que prioriza la restricción física y la sedación por encima de cualquier otro tipo de terapia.

Víctor es un antagonista que representa el sistema, la tradición y la rigidez. Su personaje es clave para contrastar la visión de María y para mostrar las dificultades a las que se enfrentan los pacientes con diagnósticos complejos dentro de un sistema que no está preparado para ellos.

ROSA

Rosa es una mujer soltera de 55 años, sin hijos, cuya historia se entrelaza con la de Gabriela desde su infancia. Desde su posición como vecina, fue testigo silenciosa de los abusos que sufrió Gabriela durante el tiempo que vivió con su tío y la familia de este. A pesar

de una clara conciencia de la situación, su apoyo se limitó a una presencia distante, sin una intervención directa que alterara el curso de los eventos.

Esta pasividad inicial se transforma en un compromiso activo tras el encarcelamiento del tío y el fallecimiento de su esposa. En ese momento, Rosa acoge a Gabriela, convirtiéndose en un agente de cambio en su vida. Le brinda un espacio de seguridad y un rol en su taller de modistería, ofreciéndole no solo un sustento, sino también una vía para reconstruir su autonomía. Su apoyo se extiende a fomentar la independencia de Gabriela a través de la educación, incentivándola a ingresar a la universidad.

De esta forma, Rosa se configura como un personaje que encarna una forma de reparación. Su presencia en la narrativa no solo representa una figura de apoyo y empatía, sino que también subraya la necesidad de la acción colectiva y el apoyo comunitario para contrarrestar los efectos del trauma.

Montaje

Reblujos Mentales busca reflejar la subjetividad y fragmentación inherente al TID, por lo que se ha concebido un montaje discontinuo que funciona como una herramienta para sumergir a la espectadora en la psique de Gabriela, utilizando la temporalidad y el ritmo como elementos clave para la narrativa.

En cuanto al ritmo y la temporalidad se plantea un montaje de elipsis y saltos temporales para reflejar la naturaleza fragmentada de la memoria de la protagonista. En el primer acto, se utilizarán cortes rápidos o jump cuts en momentos clave para representar los fragmentos de realidad que invaden el estado onírico de Gabriela, creando una sensación de desorientación y disociación. En contraste, el segundo y tercer acto mantendrán un ritmo más extenso para construir la narrativa de forma progresiva, permitiendo que la espectadora se involucre en el proceso de autodescubrimiento y en la lucha interna por la coherencia; aun

cuando se continúe viajando entre el pasado y el presente. El ritmo general de la película será lento, contemplativo y reflexivo, en sintonía con la disposición emocional de Gabriela, lo que generará una atmósfera de introspección.

El encuadre se utilizará de manera intencional para reflejar el estado psicológico de la protagonista. Se proponen los siguientes usos:

Planos de establecimiento (planos abiertos): Al inicio de las escenas se utilizarán para contextualizar a la espectadora sobre el entorno, estableciendo la ubicación, las dinámicas sociales y del hospital.

Primeros planos (planos cerrados): A medida que se desarrolla la acción, los encuadres se irán cerrando progresivamente. Esto no solo reflejará la intimidad y la introspección de Gabriela, sino que también generará una sensación de confinamiento y opresión psicológica.

Encuadres contemplativos: En los momentos de mayor carga emocional, como los posteriores al abuso, se recurrirá a planos muy cerrados. Estos planos, a menudo fijos y prolongados, invitan a la contemplación y subrayan el aislamiento emocional y el trauma de Gabriela.

Anexo 1

Reblujos Mentales

1. INT. BUS - DÍA.

GABRIELA *Gab-Gabi-Ela* (25) una mujer bajita, con un vestido amarillo claro y el cabello negro rizado semi-recogido, va sentada tratando de concentrarse en el libro de romance que está leyendo en una de las sillas del pasillo de un bus que está repleto de personas, de pie junto a ella LÓPEZ (40) vestido con un pantalón desgastado, una camisa gris que le queda un poco grande y zapatillas marrones, se sostiene de la barra superior del bus. Nunca vemos su rostro. Él se mueve constantemente hacia Gabi rozando con la entrepierna su hombro, esta incómoda lo mira de reojo.

LÓPEZ (Sonriendo)

Disculpa.

Gabi se esfuerza por darle una sonrisa y continúa leyendo, moviéndose un poco en su asiento para darle más espacio al hombre. Este se acerca hacia Gabi nuevamente. Algunas cuerdas después la mujer a su lado se levanta y se baja del bus.

LÓPEZ

¿Puedo?

El hombre le hace señas con la cabeza a Gabi para que le dé el puesto donde ella está sentada, ella confusa se mueve al asiento de la ventanilla y trata de pegarse lo más posible al costado del bus ya que el hombre sigue acercándose a ella, su muslo y brazo rozan constantemente el suyo invadiendo su espacio personal.

LÓPEZ

¿Cómo te llamas?

Gabi levanta la vista del libro, se remueve en su asiento y mira a su alrededor, pero nadie está prestando atención, él hombre pone su mano sobre la rodilla de Gabi apretándola antes de soltarla, esto la hace sobresaltar y mira rápidamente al hombre directamente a sus ojos negros, Gabi desvía la mirada a la ventana y toma una respiración profunda.

GABI (Susurrando)

Gabi.

Gabi cierra el libro y toca la portada delineando con sus dedos temblorosos el relieve de la cubierta desgastada de caperucita roja, mirando por la ventana.

LÓPEZ

¿Siempre tomas esta ruta?

Gabi mira la sonrisa de dientes manchados del hombre, hasta que finalmente ella asiente.

GABI (Dudosa)

cuando voy a la universidad.

LÓPEZ

¿Y te vienes sola?

Gabi aprieta el libro y se queda en silencio durante unos segundos, hasta que asiente una vez insegura mientras mira al frente

LÓPEZ

Yo podría acompañarte hasta
allá ¿Dónde estudias?

Gabi traga saliva con fuerza, y se rasca el cuello con fuerza.

GABI (Confundida)

Eeee... Por el refajo.

2. INT. RECEPCIÓN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

La recepción está cuidadosamente ordenada. Las paredes están recién pintadas de verde claro, se notan parches mal cubiertos y grietas. El piso de cerámica brilla, aunque las juntas están oscuras. Hay una planta en la esquina, un dispensador de agua sin vasos, y una mesa con revistas viejas que hablan de salud mental. Todo parece limpio, pero nada se siente cálido.

Detrás del mostrador, la RECEPCIONISTA (30) atiende con gesto rígido. su mirada es cortante. No sonríe. Lleva un uniforme de camisa blanca y falda verde. ROSA (55) una mujer delgada con el cabello muy corto, tiene una blusa sencilla con un pantalón negro y zapatos bajos, lleva un bolso pequeño cruzado y una bolsa a negra con lo que parece ser recipientes de comida en su interior que sostiene con cuidado.

RECEPCIONISTA

¿Usted es un familiar?

DR. LÓPEZ

Doña Rosa, buenas tardes

La recepcionista levanta la vista y ella junto a Rosa miran a la reja al lado de la recepción que se abre dando paso al Dr. López, lleva el traje que le queda grande debajo de una bata blanca curtida por el tiempo.

ROSA

Estoy muy preocupada por Gabriela.

He intentado venir antes...

Él sonríe de forma tensa, con una sonrisa que no llega a sus ojos.

DR. LÓPEZ

Entiendo su preocupación, pero Gabriela no puede recibir visitas todavía. Su estado clínico es bastante crítico.

Rosa se desanima y aprieta la bolsa entre sus manos.

ROSA

Pero... Gabrielita es una niña muy tranquila. Apenas y habla. Me extraña tanto que...

El psiquiatra inclina la cabeza ligeramente.

DR. LÓPEZ (Condescendiente)

Precisamente, señora. Ese es un síntoma de su condición. Su aparente tranquilidad esconde una complejidad que, para su propia seguridad y la de los demás pacientes, requiere de una sedación constante. Es una paciente peligrosa.

Rosa se queda en silencio, su ceño se frunce y su mirada busca algo en la cara del Dr. López quien le pone una mano en el hombro y la acompaña a la salida sutilmente.

3. INT. CONSULTORIO DE VÍCTOR - DÍA.

El consultorio es amplio, con las paredes recubiertas hasta la mitad con azulejos verdes, el resto de ella son blancas con manchas del tiempo, los muebles son antiguos de madera, las

dos sillas frente al escritorio son diferentes. La habitación solo está iluminada por las lámparas fluorescentes del techo. Es una luz fría e intermitente de vez en cuando, lo que resalta el abandono del lugar.

VÍCTOR RODRÍGUEZ (60) un hombre blanco, calvo y con bigote, lleva un traje gris a la medida, encima lleva una bata blanca; con un gafete sobre el bolsillo de la bata. Está sentado tras su escritorio hablando con MARÍA GONSÁLEZ (28) una mujer, alta, morena, su cabello largo castaño recogido en una cola alta apretada. está de pie frente a su escritorio, lleva el uniforme anti fluidos azul y una bata blanca todo limpio y ordenado, su rostro refleja una mezcla de ilusión y nerviosismo. Lleva una libreta amarilla en la mano.

DR. Víctor RODRÍGUEZ

Llevamos muchos años funcionando de esta manera. Tenemos sistemas establecidos y rutinas que funcionan.

La Dra. González traga saliva mientras el psiquiatra busca algo en una pila llena de carpetas

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Te encargaré un caso de la unidad de agudos, y tendrás todo mi apoyo. Solo debes seguir mis indicaciones.

Ella asiente, tratando de ocultar su nerviosismo. Se siente como un pez fuera del agua, pero intenta mostrar profesionalismo.

4. INT. BAÑO - NOCHE.

Ela termina de desvestirse apresuradamente. El baño está casi en penumbra; es un lugar completamente blanco, muy limpio y ordenado, iluminado solo por la luz que entra desde la habitación y la ventana que da a la calle, de donde provienen risas y gritos de niños jugando; que van aumentando de intensidad hasta ahogar los sonidos del espacio.

Ela entra a la ducha y cierra la puerta de cristal antes de abrir la llave y tomar el jabón con el que se limpia con fuerza. Después de un momento, el jabón cae al suelo y ella lo mira. sus pies empiezan a llenarse de espuma del jabón que sigue en el piso. Con el paso del tiempo, el vidrio de la puerta se empieza a empañar por el vapor del agua, y los sonidos de los niños se van disminuyendo siendo remplazados por sollozos de Ela que se vuelven cada vez más fuertes.

El agua sigue cayendo, el silencio se apodera del espacio cuando vemos los pies de Ella salir del baño y el jabón sigue en el piso cuando ella sale de la ducha.

Ela está frente al espejo cepillando sus dientes con un cepillo infantil que al finalizar reposa junto a otros dos, uno negro y otro blanco. Al terminar, observa su rostro en el espejo.

INSERTO.

Por unos segundos, su imagen se funde con la de su rostro infantil, otra de su rostro demacrado en la actualidad, esto repetidamente. Ninguno de los rostros toma protagonismo. Finalmente, ella decide alejarse y salir del baño, cerrando la puerta tras de sí, dejando la habitación casi en la penumbra.

5. INT. PASILLO DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

Un pasillo largo, se extiende en línea recta. Las paredes son de un blanco pálido, ligeramente amarillentas por el desgaste. La luz fluorescente del techo parpadea en algunos tramos, proyectando una claridad fría. A cada lado del pasillo, puertas metálicas numeradas. Algunas tienen pequeñas ventanillas con barrotes, otras están cerradas por completo.

El silencio es denso, interrumpido solo por el eco de pasos y el zumbido constante de la iluminación. El mismo trío de enfermeros aparece desde el fondo del pasillo. Visten uniformes blancos, llevan guantes y un carrito de medicamentos que utilizan para preparar dosis de medicamentos diferentes. Entran a una habitación, la puerta se cierra. Silencio. Luego salen, caminan unos pasos más, preparan la dosis y entran a la siguiente. El ciclo se repite.

6. INT. CUARTO DE AUTOPSIA - DÍA.

La habitación tiene una entrada que está marcada por una puerta de acero, dentro las paredes están pintadas de blanco, con manchas del paso del tiempo y algunas grietas, están bañadas por la luz cruda y reveladora de las lámparas fluorescentes empotradas. Es una luz fría y clínica, que resalta los detalles, en el centro de la sala, una mesa de acero inoxidable domina el espacio con el cuerpo de una MUJER (20) trigüeña, cabello rizado negro, bajita, desnuda sobre la mesa, en una de las paredes hay un reloj análogo que marca las 7:00 AM, otra está repleta de estanterías metálicas y archivadores de vidrio en los que albergan cajas etiquetadas, muestras biológicas con números y fechas. Frente a estas, una mesa alargada exhibe el instrumental quirúrgico: bisturís, tijeras, pinzas, dispuestos con una precisión inquietante, junto a una báscula digital, un microscopio solitario, dispensadores de guantes de látex y un vaso de agua a medio tomar.

Las líneas rectas parecen curvarse hacia los bordes. El centro se mantiene nítido, pero los extremos se expanden, exagerando las proporciones. El espacio adquiere una sensación envolvente, casi vigilante.

Gab vestida con una camiseta blanca y pantalón azul claro cubiertos por una bata blanca con su nombre bordado en el bolsillo, el cabello recogido en una trenza tensa, las gafas de protección encuadrando una mirada intensa y los guantes de látex ya manchados de un carmesí oscuro, se inclina sobre el cuerpo. Su rostro, despojado de maquillaje, revela una concentración absoluta, casi absorta. Sus ojos recorren la piel con una minuciosidad forense, pero también con una suerte de... reconocimiento silencioso.

GAB (Murmullo apenas audible)

Tu piel de papel ya no tiembla,
el fuego se ha vuelto farol.

Las piedras que hablaban en gritos
ahora murmuran canción.

Se detiene, su mirada fija en un detalle imperceptible en la piel de la joven. Inclina la cabeza ligeramente, como si tratara de descifrar un idioma secreto escrito en la piel.

GAB (O.S)

Hay un río que guarda secretos,
y en su cauce navega tu voz.

Las espinas se duermen contigo,
y el miedo se vuelve algodón.

Gab se retira lentamente del cuerpo, sus movimientos son pausados, casi reverentes. Camina hacia la mesa de instrumental, su atención aún absorta en sus pensamientos.

Toma un frasco de tinta oscura y la tarjeta de identificación. Al regresar junto al cuerpo, su mirada se detiene en las manos inertes de la joven.

Toma delicadamente una de las manos, su voz interna tiene un matiz de empatía

GAB (O.S)

Duerme, semilla sin tierra,
que el cielo bajó a tu rincón.
Yo soy la voz que no tuviste,
yo soy el abrazo sin condición.

Con una delicadeza extrema, comienza a tomar las huellas dactilares de los pies y las manos de la víctima. Cada movimiento es preciso, metódico, pero lleno de un respeto profundo.

GAB (O.S)

Y si sueñas con puertas cerradas,
yo pintaré ventanas de sol.
Porque, aunque naciste en invierno,
tu alma florece en calor.

En medio de su labor, el sonido seco y repetido de unos golpes en la puerta de acero irrumpe en el silencio denso de la sala, generando un eco metálico que parece resonar en cada rincón. Gab detiene su tarea, mira fijamente donde está el rostro de la mujer y respira profundamente.

Dejando con cuidado los implementes junto al cuerpo. Se retira lentamente los guantes ensangrentados, como despojándose de una parte de la intimidad que había alcanzado con la víctima, y se dirige a abrir.

7. INT. PASILLO CUARTO DE AUTOPSIA - DÍA.

El pasillo es estrecho con algunas puertas de madera a los costados la luz principal proviene de lámparas fluorescentes empotradas en el techo. María está apoyada en una de las paredes, va vestida con un traje azul, su cabello largo suelto, sostiene unas carpetas amarillas contra su pecho, sonrío al ver a Gab, que se apoya en la puerta de acero, con un cartel que dice Acceso Restringido.

MARÍA GONZÁLEZ

Si vuelves a convertirte en ermitaña por un caso, le diré a tu padre que te saque del caso.

Gab se ríe.

MARÍA GONZÁLEZ

Me rehusó a perder a mi mejor amiga.

GAB

No lo harás, lo juro.

Gab alza la mano a modo de juramento, María entrecierra los ojos, pero sonrío.

MARÍA GONZÁLEZ

¿Vienes a almorzar esta mañana?

GAB

Eeee...

Gab mira sobre su hombro dentro del cuarto de autopsia y regresa la mirada a María, mientras cruza los brazos sobre el pecho.

GAB

Claro.

María baja la mira a las muñecas de Gab que están lastimadas y se asusta, con cuidado se acerca y le toma las manos subiéndole las mangas de la bata descubriendo algunos arañazos.

MARÍA GONZÁLEZ

¿Qué te pasó? ¿Estás bien?

Gab baja la vista a sus manos confundida, se las acaricia como si intentara borrar las marcas.

INICIO DE INSERTO.

Por un momento los brazos de Gab son estrujados contra el asfalto, las manos de María se transforman en las manos de un hombre, grandes y sucias.

FIN DE INSERTO.

Gab las libera rápidamente y todo vuelve a la normalidad.

GAB

Sí, no recuerdo...

MARÍA GONZÁLEZ

¿Cómo no vas a recordar? Mira eso.

Gab aún confundida levanta la vista para mirar a María y vuelve a mirar al piso pensativa, después de unos segundos sonríe.

GAB

No pasa nada.

María poco convencida mira a Gab un momento más.

GAB (O.S)

ya me conoces debí rascarme más
duro de lo que pensé.

María asiente lentamente.

MARÍA GONZÁLEZ

Tu padre quiere almorzar contigo.

Gab se esfuerza a sonreír.

GAB

Claro, termino la identificación
del cuerpo y voy.

Gab toma de la mano a María y le da un apretón.

GAB

No te preocupes, nos vemos ahora.

María, se esfuerza a sonreír y Gab entra nuevamente al cuarto de autopsia cerrando la puerta detrás de sí misma.

8. INT. RESTAURANTE - DÍA.

El espacio es grande con mesas cuadradas y rectangulares de madera distribuidas por el lugar, algunas junto a las ventanas que dan a un jardín y por donde entra la luz que baña el lugar creando patrones de sombras en el suelo de baldosas, las sillas son de mimbre y cojines de colores dan un toque acogedor, el murmullo de las conversaciones, el tintineo de las cucharas en las tazas inunda el espacio que esta medianamente lleno.

Gab está sentada frente a Víctor, vestido con un traje gris que le queda un poco grande, unas gafas de lectura con montura metálica, toma algunas notas en su libreta mientras mira a Gab que aún no ha terminado de comer.

GAB

Si yo fuera mi madre, también me enojaría si te olvidaras de mi cumpleaños.

VÍCTOR RODRÍGUEZ (Sonriendo)

Tú te olvidas hasta de lo que comiste ayer.

Gab baja la mirada a su plato de comida incómoda.

INICIO DE INSERTO.

por un segundo su plato cambia y es una bandeja plástica de comida de hospital, el sonido del restaurante ha disminuido y no se escucha absolutamente nada.

FIN DE INSERTO.

confundida mira rápidamente de reojo el espacio y su respiración se acelera, todo parece volver a normalidad así que se obliga a respirar profundo cerrando los ojos. Sonríe y levanta la vista a Víctor mientras continúa comiendo.

VÍCTOR RODRÍGUEZ

¿Qué tal el caso que te asigné?

GAB

La chica parece haber sufrido agresión

sexual durante periodos de tiempo considerable... Yo me aventuraría a decir que durante sus primeros 15 años de vida si no, es más.

Ella se remueve incómoda en su asiento y retira la comida que aún no se ha terminado, él se da cuenta, pero no dice nada al respecto.

VÍCTOR RODRÍGUEZ

No quiero que te involucres en este caso como pasó con el anterior. Lo entiendes ¿Verdad?

Gab solo asiente y desvía la mirada al jardín que hay al fondo, en el hay personas pasando todas vestidas con camisetas blancas y sudadera azul claro, parece inmersa en sus propios pensamientos.

9. INT. HABITACIÓN GABRIELA - NOCHE.

La habitación esta bañada por la penumbra, solo iluminada por la lámpara del escritorio que está encendida y las vistas de la ciudad, sus paredes están pintadas de un tono crema claro, en una de las paredes hay un tablero con varias fotos de Gab con su familia en festividades, con amigos y amigas en alguna fiesta, y de ella en los eventos más importantes de su vida, junto a la ventana, un sillón azul pálido, tiene un escritorio de vidrio, el escritorio está libre de desorden.

Gab está dormida cubierta por sus sábanas blancas, su respiración esta agitada, en su cara hay rastros de sudor y abraza con fuerza la colcha de algodón con estampado infantil.

INICIO DE FLASHBACK.**10. EXT. CALLEJÓN - NOCHE.**

El lugar se ve con claridad, está iluminado por la lámpara al final del callejón, hay un montón de bolsas de basura al fondo y se escuchan niños jugando a lo lejos, el hombre del bus que aun muestra su rostro está arreglándose la ropa y el cabello, Gab esta despeinada, sucia, tiene su bolso abrazado con fuerza contra el pecho, sus brazos tienen algunas marcas rojas, su respiración es tranquila y tiene la mirada fija en la nada.

LÓPEZ (Molesto)

Yo no quería esto.

Gab solo asiente lentamente y se limpia el rostro con el dorso de su mano antes de mirarlo, el hombre la toma por los hombros, la sacude un poco y ella se tambalea.

LÓPEZ

Sonríe, yo solo te di lo que tu querías.

FIN DE FLASHBACK.**11. INT. HABITACIÓN GABRIELA - NOCHE.**

De repente, Gab se levanta exaltada en busca de aire y mirando todo el espacio, traga saliva con fuerza, aprieta lo ojos, se retira el cabello de su rostro, su mirada es confundida mientras retira las sábanas de su cuerpo intentando salir de la cama, para alcanzar de su mesa de noche un tarro de pastillas que abre para tomarse dos pasándolas con el agua que descansa a su lado.

Las líneas nuevamente parecen curvarse hacia los bordes. El centro se mantiene nítido, a diferencia de los extremos que se expanden, exagerando las proporciones. Es como si el mundo estuviera siendo observado desde dentro de una lupa.

12. INT. PASILLO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA

La imagen se ve con claridad mientras la Dra. González cierra la puerta de acero a sus espaldas, el eco metálico llena el espacio. Antes de que pueda siquiera suspirar, la figura del DR. Rodríguez aparece, acercándose con una tensión visible. Su rostro denota una clara molestia.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

¿Por qué tuve que enterarme del episodio de ayer por Dr. López y no por ti, María?

El psiquiatra señala con un movimiento brusco de la barbilla la puerta recién cerrada. La Dra. González frunce el ceño, genuinamente confundida por la acusación.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (Incrédula)

¿Episodio? No hubo ningún...

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

María, cuando te asigné este caso, fui muy claro con mis...

La Dra. González se endereza en su lugar.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

... Tengo perfectamente claras todas sus recomendaciones, doctor. Simplemente surgió un imprevisto durante nuestra sesión que la alteró un poco, sí. Pero

nada que no pudiera manejar. Estaba bajo control.

Él se ajusta la corbata con un movimiento nervioso, como si buscara reafirmar su autoridad. Sus hombros se tensan, adoptando una postura más rígida.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Llevas asignada a este caso más de tres meses. María, creo que tu tiempo y tus habilidades serían mucho más útiles en otros... casos. Con pacientes que realmente muestren progreso.

La mirada de la psiquiatra hasta ahora firme, titubea por un instante. Aprieta ligeramente los labios antes de responder, luchando por mantener la calma.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (Con una mezcla de urgencia y convicción)

Ella necesita tiempo, doctor. Necesita paciencia. Este tipo de tratamiento... requiere una conexión, una confianza que no se construye de la noche a la mañana.

El Dr. Rodríguez niega con la cabeza, su rostro imperturbable.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Tiene un mes más, María. Un mes exacto. Ni un día más. Ni un día menos. Los recursos de este hospital son limitados y necesitamos ver resultados tangibles.

La respiración de la psiquiatra se entrecorta y sus manos se cierran en puños a sus costados, aunque intenta disimularlo.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Un mes... es apenas un suspiro para lo que estamos intentando lograr. Estamos empezando a...

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Un mes, María. Y espero un informe detallado al final de cada semana. Además, el Dr. López te va a supervisar. Ahora, si me disculpas, tengo otros asuntos que atender.

Sin darle oportunidad de réplica, él se gira y se aleja por el pasillo, dejándola con la frustración palpable que respira profundamente. Al abrir los ojos su mirada sigue la espalda del Dr. Rodríguez, negando sutilmente con la cabeza.

13. INT. SALA CASA DE GABRIELA - DÍA.

La sala cuenta con sofás blancos repletos de cojines de colores. En la mesa de centro hay copas de vino a medio tomar y bocadillos, algunos de los cuales se han derramado un poco. María y Gab se ríen a carcajadas.

El espacio tiene una sensación envolvente, casi vigilante. Las líneas rectas parecen curvarse hacia los bordes. El centro se mantiene con claridad, a diferencia de los extremos que se expanden curvándose sutilmente, exagerando las proporciones.

GAB

Pagaría por haber visto tu cara en ese momento.

MARÍA GONZÁLEZ (entre risas)
Cualquiera se habría puesto de todos
los colores si atrapa a sus padres en...
esas situaciones. ¡Fue un trauma
generacional!

Gab se seca los ojos con el dorso de la mano, la risa ya
disminuyendo

GAB

No.

Gab toma otro sorbo de su vino, mientras María se recoge el
cabello con un gesto despreocupado, la sonrisa aún en sus
labios.

GAB

No, si lo hacen contigo.

La sonrisa de María se desvanece abruptamente. Su frente se
frunce en una expresión de sorpresa e incredulidad. Sus ojos
se clavan en Gab, esperando la broma que no llega.

MARÍA GONZÁLEZ (desconcertada)
¿Que?...

GAB

Ya me entiendes. Hay padres que hacen
lo mismo con sus hijas... Es normal, ¿no?

El rostro de María palidece ligeramente. Su incredulidad
inicial se transforma en incomodidad, casi horror. Niega
lentamente con la cabeza, apartando la mirada por un instante

antes de volver a fijarla en Gab con una mezcla de preocupación y creciente alarma.

MARÍA GONZÁLEZ (Incrédula)

Claro que no, Gabriela. ¡Por supuesto que no es normal! Eso... eso no está bien.

GAB

Mira, sé que hay casos... diferentes, como en el que estamos trabajando...

Gab evita el contacto visual, su mirada perdida en algún punto del espacio, como si luchara con recuerdos o pensamientos oscuros. Luego, toma una respiración profunda, sus ojos vuelven a encontrarse con los de María, con intensidad.

GAB

...Pero si ella no lucha, ni refuta y se deja... ¿Qué? ¿No estaría queriendo también?

Un silencio pesado cae sobre la sala. María mira fijamente a Gab, tratando de comprender la lógica retorcida detrás de sus palabras. Su rostro refleja una creciente angustia y confusión, pasa saliva con una punzante sensación de impotencia.

MARÍA GONZÁLEZ (susurro apenas audible)

No... Gabriela, eso no... No funciona así.
No es consentimiento si hay una dinámica de poder, si hay... si es un padre.

Gab aparta la mirada, levantándose con una energía nerviosa que contrasta con la tensión del momento.

GAB

Tenemos que armar sesiones de estas más seguidas.

Gab comienza a recoger los vasos y platos con movimientos rápidos y torpes, evitando el contacto visual con María. María se levanta lentamente, aún en shock por la revelación, sus ojos fijos en Gab, se acomoda el cabello tras la oreja y se frota el cuello.

MARÍA GONZÁLEZ (Con voz temblorosa)

En cuanto a lo de ahora... Gabriela... Lo que dijiste... no creo que una hija, sin importar su edad, tenga la capacidad real de consentir ese tipo de... de encuentros con sus padres. Es abuso, Gabriela. Siempre es abuso.

Gab se detiene abruptamente, frunciendo el ceño con una expresión confusa y dolida. Su mirada se dirige al suelo, como si buscara respuestas a las preguntas que la atormentan.

GAB

Yo no estaría tan segura de eso... Hay muchas cosas que no entiendes, Mari.

Gab comienza a lavar los platos con movimientos mecánicos, la tensión palpable en sus hombros. Al enjuagarlos, se los entrega a María, quien los seca absortamente, sus pensamientos turbulentos. Ambas permanecen en un silencio incómodo y cargado de tensión. María lanza miradas furtivas a Gab, cuyo ceño permanece fruncido, mordiéndose el labio con una concentración ausente, absorta en sus propios pensamientos.

La frustración de María por no poder retomar la conversación se refleja en su rostro preocupado y en la forma en que aprieta el paño antes de dejarlo sobre la encimera para dirigirse al mueble donde está su bolso y de dónde saca un cuaderno rojo y un lapicero negro.

MARÍA GONZÁLEZ

Gabriela... por favor... si hay algo que te preocupa...

Gab se gira bruscamente para mirarla, una sonrisa forzada intentando ocultar la angustia en sus ojos.

MARÍA GONZÁLEZ

... Sabes que puedes contar conmigo. Siempre.

GAB

Claro, no te preocupes por mí. Estoy bien.

Gab le guiña un ojo con un intento de ligereza, pero la frialdad en su mirada y la tensión en su mandíbula contradicen sus palabras. María devuelve una sonrisa débil y forzada, tratando de pasar el nudo de preocupación e impotencia que tiene en la garganta.

MARÍA GONZÁLEZ

Te traje esto.

María le entrega a Gab el cuaderno, ella lo abre con una sonrisa en su rostro.

14. INT. SALA DE REUNIONES - DÍA.

La sala de reuniones tiene las paredes blancas desgastadas, el suelo muestra cicatrices de sillas arrastradas, tiene una mesa de madera redonda grande en el centro, con varias sillas de escritorio alrededor en una de las paredes hay una estantería con libros, carpetas apiladas en orden alfabético, hay algunas cintas de grabación marcadas con nombres de casos anteriores, en una esquina hay una mesa con una greca para el café, algunas tazas blancas, pitillos cafés apilados en un vaso de plástico y sobres de azúcar en un tarro transparente más grande, otra de las paredes tiene un mapa vial de Colombia junto con un tablero de corcho con varias fotografías de personas y lugares unidas por un cordel rojo.

Dentro de la sala, todas las sillas son ocupadas por dos hombres Investigadores. López y DUQUE (50) junto con Víctor, María y Gab, quien es la única que lleva puesta su bata blanca sobre su camisa lila y pantalón blanco, los demás están vestidos de manera formal en colores neutros.

INVESTIGADOR DUQUE

Según la declaración, la vecina fue quien alertó de lo sucedido, pero insiste en el anonimato.

VÍCTOR RODRÍGUEZ

¿Pudimos identificar a los agresores?

INVESTIGADOR LÓPEZ

Con la información recuperada del teléfono del padre, tenemos una docena de presuntos agresores en este momento.

Gab, con una concentración intensa, llena rápidamente páginas de su libreta roja. Sus ojos se mueven con avidez mientras López habla, buscando conexiones, patrones.

INVESTIGADOR LÓPEZ

Los peritos aún están trabajando en la información del computador y el teléfono incautados.

Gab, aún sigue tomando notas y revisando sus apuntes.

GAB (impaciente)

¿Para cuándo estiman que estará lista? Cada minuto cuenta.

López frunce el ceño, visiblemente molesto por la insistencia de Gab.

INVESTIGADOR LÓPEZ (Condescendiente)

Gabriela, este no es el único caso que tenemos. Debemos ser pacientes y seguir los protocolos.

Gab levanta la barbilla levemente, y sonríe levemente, mientras golpea las páginas de su libreta con el bolígrafo.

GAB

Entiendo los protocolos, pero la naturaleza de este caso... la posibilidad de que haya más víctimas... creo que amerita cierta prioridad.

INVESTIGADOR LÓPEZ

¿Prioridad? La víctima ni siquiera tenía familia directa. ¿Cuál es la prisa?

GAB (Su voz se eleva ligeramente)

La prisa es por las posibles víctimas, detective. Las que podrían estar en riesgo mientras estos sujetos siguen libres. Cada día que pasa...

INVESTIGADOR LÓPEZ

¿De eso se trata ahora la investigación?

López dirige la mirada a Víctor.

INVESTIGADOR LÓPEZ

¿De fantasmas, de víctimas que podrían existir?

VÍCTOR RODRÍGUEZ

Nuestro trabajo es encontrar respuestas, López. Todas las respuestas. Y eso haremos.

Víctor desvía la mirada hacia Gab, notando la ansiedad en la forma en que aprieta el bolígrafo.

VÍCTOR RODRÍGUEZ

Tomándonos el tiempo necesario para asegurar que no dejamos nada en el camino.

Gab se muerde su labio inferior con duda, su mirada pasa entre los investigadores, su libreta, Víctor y María sin detenerse en ningún sitio en espacial.

GAB (Susurrando)

Pero el tiempo podría ser la diferencia

entre una coincidencia... y la verdad. Cada detalle, por pequeño que parezca...

MARÍA GONZÁLEZ (Mezcla entre suavidad y firmeza)

Víctor tiene razón, Gabriela. Debemos ser metódicos y exhaustivos... esto puede tomarnos un tiempo.

INVESTIGADOR DUQUE (Susurrando fuertemente)

A menos que quiera seguir los caprichos de su hijita y sus teorías conspirativas.

Gab se gira bruscamente, sus ojos se clavan primero en el investigador Duque, con una mezcla de sorpresa e indignación, y luego en Víctor, buscando una reacción, un respaldo. La tensión en la sala se corta con un cuchillo.

INICIO DE INSERTO.

Por un segundo todos en la sala están vestidos con batas blancas, el lugar está vacío, todo allí es blanco, a excepción de la mesa metálica que la separa a ella del resto de sus colegas, su respiración se agita y baja la mirada a la mesa, parpadea un par de veces tratando de aclarar la vista.

FIN DE INSERTO.

Cuando vuelve la vista al frente está de vuelta en la sala de reuniones. Gab se levanta de golpe.

GAB

Disculpen.

MARÍA GONZÁLEZ

Gabriela...

María se pone de pie y se mueve a donde está Gab que empieza a tener la respiración agitada, sus manos tiemblan y siente sus piernas desfallecer, al mirar a María que se acerca el tiempo parece ir en cámara lenta, desconcertada sale de la sala apresuradamente dejando la puerta abierta.

15. INT. OFICINA DE GABRIELA - DÍA.

La puerta de la oficina de Gab se abre de golpe y ella entra, cierra la puerta y recarga su peso en ella con la respiración aun agitada, cierra los ojos con fuerza, y trata de respirar profundamente.

GAB (Susurrando)

Inhala... Exhala... Inhala...

Exhala...

CORTE A.

16. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

Vemos la imagen con normalidad. Tras un momento de agitación incontenible, Gab abre los ojos. Los muebles de madera de la oficina han desaparecido. Su escritorio es ahora una cama vestida con una sábana blanca y aséptica. Un lienzo blanco en todas direcciones. Su cuerpo se desploma hasta quedar sentada, abrazando sus piernas contra el pecho en un intento de encontrar consuelo. Su cabeza cae sobre las rodillas, y un llanto silencioso comienza a sacudirla, sus hombros temblorosos un testimonio de su angustia.

Siente un suave toque en su hombro. Al levantar la vista, se encuentra con la Dra. González, su cabello castaño recogido en

una coleta desordenada, vestida con un traje anti fluidos azul oscuro. Su rostro está ligeramente sonrojado y su respiración un poco agitada.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (Con suavidad y tensión contenida)

Todo va a estar bien...

La Dra. González duda un instante, su mirada se desvía brevemente antes de volver a Gab.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Yo... yo te voy a ayudar.

La psiquiatra le extiende un vaso de plástico blanco con agua y una pequeña pastilla blanca. Gab los mira con confusión, sus ojos aún nublados por las lágrimas. Las manos de la Dra. González tiemblan ligeramente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Tómala... No puedo... no puedo quitarte el medicamento por completo ahora...

La mirada de La psiquiatra es insegura, evita el contacto visual directo por un momento.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Pero... es hora de que descanses.
Necesitas descansar.

Gab mira el vaso y la pastilla con una profunda incertidumbre, luchando por comprender lo que está sucediendo. Sus manos tiemblan mientras las toma. Se traga la pastilla con el agua, sus ojos fijos en el rostro de La Dra. González, buscando

respuestas en su amable sonrisa. Una solitaria lágrima se desliza por la mejilla de Gab mientras sus párpados se cierran lentamente.

Poco a poco, su respiración se vuelve más regular, el temblor de su cuerpo disminuye. Lleva sus manos a sus ojos y los presiona con fuerza, en un intento de aplacar un dolor de cabeza punzante.

CORTE A.

17. INT. OFICINA DE GABRIELA - DÍA.

El espacio tiene una sensación envolvente, como si todo estuviera visto a través de un cristal redondo. Las líneas rectas parecen curvarse hacia los bordes, mientras el centro se mantiene con claridad.

Gab abre los ojos. Está sentada frente a su escritorio. Los lápices separados de los lapiceros están organizados de forma simétrica. Su computador está en la esquina y su silla en su lugar. El bolso y la chaqueta cuelgan en el perchero. Un leve temblor recorre su cuerpo. Respira hondo.

Sobre el escritorio hay un conjunto de documentos de autopsia. Gab revisa las fotos, las lesiones son muy diferentes entre sí, y las fechas de los abusos registradas en cada foto tampoco coinciden entre sí. La frustración se apodera de ella a medida que las revisa con detenimiento.

GAB

No puede ser. No... no puede ser.

Gab pasa las páginas una y otra vez, su respiración se acelera.

GAB (O.S)

Esto no tiene sentido. Nada encaja. ¡Nada!

Gab golpea el escritorio con sus manos, y apoya la cabeza en sus manos y se aprieta los ojos con fuerza. El espacio empieza a encogerse, las líneas se distorsionan aún más.

GAB

¿Qué quieren que haga? ¡Me están volviendo loca!

Gab se levanta y observa todos los documentos sobre la mesa, negando con la cabeza. Coge las fotos y los documentos de la autopsia, los rompe en mil pedazos con frustración.

18. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - NOCHE.

La habitación de Gab se ve con claridad. está amueblada de forma sencilla, con una cama, una mesita de noche y una silla, la única luz proviene del pasillo y logra entrar por la rendija inferior de la puerta. Gab con la respiración entrecortada, su cabello suelto enmarañado alrededor de su rostro y vestida con una camiseta y sudadera azul claro, yace inmovilizada en la cama por muñequeras y tobilleras. Su cuerpo se retuerce en un vano intento por liberarse.

GAB (Frustrada y un tono de súplica)

Es mejor allá... ¡Mucho mejor! No quiero... no quiero seguir aquí.

La Dra. González está sentada en la silla junto a la cama, sus manos apoyadas en su regazo, observando la agitación de Gab con una expresión confusa. Levanta la mirada hacia el techo por un instante, antes de volver a fijarla en ella.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (Suave pero firme)

¿Allá dónde, Gabriela? ¿A dónde quieres volver?

Gab se agita aún más, su frustración escala. La psiquiatra permanece impassible, esperando pacientemente.

GAB (Con voz angustiada)

¡Mi vida! ¡La investigación! Yo... yo sé cómo salvarla. Y tú... ¡Tú me estás deteniendo! ¡No entiendes nada!

La Dra. González frunce el ceño ligeramente, tratando de discernir el significado detrás de las palabras de Gab.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Salvar qué, Gabriela? ¿De qué investigación hablas?

GAB

El otro lugar... Dámelas...

Gab mira directamente a psiquiatra y le extiende la mano.

GAB (Desesperada)

¿Dónde están las pastillas? Yo me las tomo... así puedo entender. Aquí... Aquí todo se siente, mío.

La psiquiatra se queda inmóvil por un instante, la sorpresa reflejándose en sus ojos. Su postura se tensa ligeramente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Gabriela, escúchame. ¿Qué pasa en ese... otro lugar? ¿Qué es tan importante que sientes que debes salvar?

El rostro de Gab esta mojado por las lágrimas.

GAB (Mezcla de súplica y acusación)

No me crees... ¿Verdad? ¡Pero es verdad!
Lo siento... lo veo... y tengo que volver.
¡Tengo que intentarlo!

La Dra. González observa a Gab y respira profundamente, Gab se rompe por completo, comienza a llorar y a retorcerse.

INICIO DE FLASHBACK.

19. INT. PASILLO CUARTO DE AUTOPSIA - DÍA.

La imagen se curva en los extremos, exagerando las proporciones. Gab y María estan hablando frente a la puerta del cuarto de autopsia.

Gab retira sus manos de las de María con delicadeza.

GAB

Sí, no recuerdo...

CORTE A.

20. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

La imagen se ve con claridad. Ela con el cabello mal recogido, sentada en el borde de la cama destendida. retira los brazos con brusquedad de las manos de la Dra. González.

ELA (O.S)

Me las hice porque quería.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Tú misma te las hiciste?

ELA

No, pero yo quería.

21. INT. RESTAURANTE - DÍA.

La imagen se curva hacia los bordes, exagerando las proporciones. El centro se mantiene con claridad. Víctor y Gab es sentados uno frente al otro en una de las mesas almorzando.

VÍCTOR RODRÍGUEZ

¿Qué tal el caso que te asigné?

CORTE A.

22. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

La imagen se ve con claridad. Ela con una camisa de fuerza, sentada en la cama recostada contra la almohada. Tiene la mirada perdida.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ (O.S.)

¿Qué tal la dosis que autorice?

El Dr. Rodríguez está de pie en el umbral de la puerta y dos enfermeros estan organizando la habitación y a Ela. El Dr. López está escribiendo en una historia clínica.

DR. LÓPEZ

Aumentarla fue lo mejor, estaba incontrolable después de suspender la dosis anterior.

23. INT. SALA CASA DE GABRIELA - DÍA.

Las líneas rectas parecen curvarse hacia los bordes. El centro se mantiene con claridad.

María y Gab están sentadas en el sofá blanco repleto de cojines de colores.

MARÍA GONZÁLEZ

No... Gabriela, eso no... no funciona así.

CORTE A.

24. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

La imagen se ve con claridad. La Dra. González, está sentada con calma en la silla auxiliar de la habitación de Ela, quien está de pie al otro lado de la cama que esta destendida, las sábanas y la almohada en el suelo. tiene el cabello revuelto y esta exaltada.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (O.S.)

Cuando hay una relación de poder, como la de un padre, no puede hablarse de consentimiento. Aunque te hayan hecho sentir que lo querías, eso también fue parte del abuso. Manipular la percepción es una forma de control, no de consentimiento.

ELA

MENTIRA ¡Usted es una mentirosa!

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Gabriela, respira...

ELA

¡No soy Gabriela y no quiero respirar!
QUIERO QUE SE LARGUE.

FIN DE FLASHBACK.

25. INT. CONSULTORIO DE VÍCTOR - DÍA

Dr. Rodríguez, con una mirada penetrante y un porte serio, sentado detrás de su escritorio. La Dra. González, con una determinación palpable en su postura, se planta frente a él y desliza un expediente sobre la superficie antes de tomar asiento.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

No voy a continuar con el tratamiento actual. Ella... simplemente no lo tolera. Y no pienso obligarla.

El psiquiatra exhala lentamente, como conteniendo una respuesta inapropiada. Sus ojos siguen el expediente mientras ella habla.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

María, aquí los pacientes no eligen su tratamiento. Nosotros, como profesionales, determinamos lo que es mejor.

Ella busca la mirada del Dr. Rodríguez.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Pero ella lo hará. Necesita sentir que tiene control, autonomía. Es crucial para que pueda aspirar a una vida... más plena.

Él se remueve incomodo en su asiento.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

¿"Plena"? María, seamos realistas. Su condición... ella no es una paciente común. El medicamento es la línea base, lo que garantiza su estabilidad y la de quienes la rodean.

La Dra. González niega con la cabeza incrédula.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

No, doctor. Es lo más fácil para nosotros. Y yo no estoy aquí para tomar el camino más sencillo. Estoy aquí por ella.

El psiquiatra, visiblemente contrariado, empuja su silla hacia atrás con un chirrido que rompe el silencio tenso de la oficina. Se levanta, su figura imponente dominando el espacio.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ (Elevando ligeramente la voz)

Soy su jefe, María. Y en este hospital, mis indicaciones...

Ella mantiene la calma, sus ojos no se apartan de los de él, pero su mandíbula se tensa ligeramente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Y ella es mi paciente, doctor. Y como tal, tiene derecho a que exploremos todas las oportunidades.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Oportunidades que podrían tener consecuencias graves. Cuando ella tenga una crisis, cuando se autolesione o agrede a alguien, ¿quién crees que asumirá la responsabilidad?

El Dr. Rodríguez se detiene, la mira fijamente por un instante, luego se arregla la bata con un gesto casi automático.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

El hospital no lo hará. Tú serás la única responsable.

El Dr. Rodríguez Vuelve a sentarse, dejando caer su peso en la silla, pero evita el contacto visual con María. Su frustración es palpable en la rigidez de su espalda.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

En adelante, todas tus interacciones con la paciente serán supervisadas por el médico que estaba encargado de su caso antes. Él conoce bien el caso.

La Dra. González exhala un suspiro apenas audible, una mezcla de resignación e incredulidad.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (Con frustración contenida)

Doctor, con todo respeto... el Dr. López es un detonante para ella. Su presencia solo genera angustia y retrocesos. Con él supervisando, no vamos a avanzar. Ni en un mes, ni en un año.

La Dra. González hace una pausa, buscando una alternativa.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿No podría asignarme a alguien más? Alguien con quien ella se sienta más... segura.

El Dr. Rodríguez Levanta la mirada, ahora con un matiz de sarcasmo.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Ah, ¿un detonante solo para ella?

El Dr. Rodríguez Se inclina hacia atrás en su silla, cruzando los brazos sobre el escritorio, observándola con una ceja alzada.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Parece que no es la única al que el Dr. López le genera ciertas... reacciones.

La oficina se queda en un silencio sepulcral donde ambos se miran fijamente.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ (Con una sonrisa forzada, y un tono sarcástico)

María este es un caso... tan delicado.

La psiquiatra se nota claramente incomoda y furiosa por la condescendencia de su tono.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Puedo gestionarlo sola.

El Dr. Rodríguez asiente lentamente, sus ojos fijos en ella.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Siendo así... Si algo llegara a suceder, o si no vemos resultados tangibles, quizás deba empezar a considerar otras opciones laborales. Para su futuro.

26. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

Ela, vestida con camiseta y sudadera azul claro, está sentada en la cama, mirando la pared frente a ella. su cabello esta suelto y algo desordenado y la Dra. González sentada en la silla con su uniforme impecable, sin la bata y con su libreta amarilla sobre las piernas la mira detenidamente, mientras ella se toma una pastilla.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Vamos a disminuir el medicamento, hasta que lo podamos retirar por completo.

Ela mira a la psiquiatra con desconfianza y se muerde el labio inferior repetidamente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Para eso necesito de tu colaboración, para poder continuar con este plan ¿Puedes ayudarme con eso?

Ela hace un pequeño asentimiento.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Como no conseguí autorización para que participes en los talleres con tus

compañeras, pensé que te gustaría elegir algunas actividades que quisieras hacer conmigo.

Ela frunce el ceño sin dejar de mirar a su psiquiatra.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

O tu sola.

La Dra. González guarda silencio un momento y toma algunos apuntes mientras Ela no deja de observarla.

ELA

Ella quiere libros.

La psiquiatra no levanta la vista, pero asiente y sonríe antes de continuar con sus notas.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Qué libros le gustaría que te trajera?

ELA

No... No sabe

La Dra. González levanta la vista y dirige su atención a Ela.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Y tú quieres leer algo?

La respiración de Ela se agita y niega con la cabeza sutilmente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Me alegra que se comuniquen entre ustedes

y me trasmitas cualquier cosa que todas puedan necesitar. pero no olvides que este espacio no es solo seguro para ellas, sino para ti también.

Ella pasa saliva perceptiblemente y toma un respiro antes de mirar al frente esquivando la mirada de la Dra. González.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Voy a conseguir unos cuantos libros y te los traigo en la tarde.

La psiquiatra se levanta y se dirige a la puerta.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Mientras tanto puedes pensar que te gustaría hacer a ti ¿Vale?

Ella asiente antes de que la Dra. González le diera la espalda y saliera de la habitación.

27. INT. OFICINA DE GABRIELA - DÍA.

Gab está de pie frente a su escritorio donde tiene esparcidos, varios documentos y fotos: retratos de hombres, fachadas de casas estrato medio-bajo, ropa interior femenina manchada de sangre. ella los revisa cada uno con un cuidado obsesivo, como si buscara algo en particular que no encuentra. Las líneas rectas parecen curvarse hacia los bordes, mientras el centro se mantiene claro, a diferencia de los extremos que se expanden sutilmente, exagerando las proporciones.

Algunos papeles caen al suelo mientras ella se sobresalta por la entrada abrupta del investigador López, quien abre la

puerta sin siquiera tocar. que llega con una carpeta en la mano y una sonrisa de satisfacción.

INVESTIGADOR LÓPEZ

Ya tengo la información de los peritos,
y la sumé a la tuya.

Gab respira aliviada.

GAB

Casi que no.

Gab estira la mano para recibir la carpeta, pero López la ignora, abriéndola sobre el escritorio y colocando la punta de un bolígrafo en los documentos, como si fuera a señalar.

INVESTIGADOR LÓPEZ

No, no. Yo te la leo.

El cuerpo de ella se tensiona ante su respuesta.

GAB

¿Qué? No, entrégamela.

López, levanta la vista y mira a Gab, con una sonrisa de complicidad.

INVESTIGADOR LÓPEZ

En los dispositivos se encontraron grabaciones, donde se evidencia que la menor fue abusada por los amigos de su tío con el que vivía.

Gab se estremece, pero sus ojos permanecen fijos en la carpeta que él levanta para seguir leyendo.

GAB (O.S) (Con un tono autoritario)

Ya basta, yo sé leer. Entrégamelo.

Él se inclina hacia ella.

INVESTIGADOR LÓPEZ (Susurrando con malicia)

Su propio tío y su esposa la llevaban hasta la casa de sus agresores.

GAB (O.S) (En voz baja)

López...

INVESTIGADOR LÓPEZ

Entre los abusos se registra...

Gab, se abalanza sobre el investigador. La carpeta cae al piso, esparciendo documentos. Él, sorprendido, trata de contenerla, pero ella lo empuja y lo golpea repetidas veces con toda la fuerza de su cuerpo desesperación solo busca hacerle daño.

28. INT. PASILLO DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

La imagen se ve con claridad mientras la Dra. González camina con determinación por el pasillo del hospital, el sonido de sus pasos resonando en el silencio hospitalario. Lleva consigo una edición de "La Bella Durmiente". A medida que se acerca a una de las habitaciones, el ruido de gritos masculinos ininteligibles y golpes secos se intensifica, llenando el aire de tensión. La Dra. González acelera el paso, reconociendo que los sonidos provienen de la habitación de Gabriela. Justo cuando está a punto de llegar, la puerta se abre de golpe y el DR. LÓPEZ sale junto a otros tres enfermeros que se alejan de

la habitación, cerrando la puerta tras de sí con brusquedad. Antes de siquiera intentar controlar su respiración agitada el Dr. López se pasa una mano por el cabello, intentando recomponer su apariencia, al percatarse de la presencia de la Dra. González.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (Desconcertada)

¿Qué ha pasado, doctor?

DR. LÓPEZ (Con fastidio apenas disimulado)

Lo de siempre... las revisiones de rutina con ella siempre son un caos. No entiende razones.

Ella se tensa de inmediato, su cuerpo se paraliza en su lugar. Enarca una ceja, dirigiendo una mirada inquisitiva y acusadora hacia el Dr. López.

DR. LÓPEZ (Condescendiente)

La suspensión del medicamento no fue lo ideal, Pero no te preocupes, ya le administré la dosis reforzada. Alguien tiene que mantener el orden aquí.

La Dra. González cierra los ojos con una punzada de frustración, inhalando profundamente en un intento por mantener la compostura. Su mandíbula se tensa.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Le agradecería profundamente, doctor, que no interfiera en el tratamiento que yo elijo para... mis pacientes. Gabriela está bajo mi cuidado ahora.

Él frunce el ceño con disgusto, su mirada es una mezcla de desdén e incredulidad ante la seguridad de la psiquiatra.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Si lo prefiere, puede darme sus recomendaciones. Las escucharé con atención y las tomaré en consideración si lo creo pertinente para el bienestar de Gabriela.

El Dr. López suelta un resoplido de incredulidad.

DR. LÓPEZ

No sé qué les enseñan en la universidad hoy en día, señorita. Pero está claro que usted no tiene la experiencia necesaria para manejar casos... complejos como estos. Se necesita mano dura, no tanta contemplación.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Y yo le agradecería, doctor, que deje de referirse a mis pacientes como "casos". Ella tiene un nombre. Se llama Gabriela. Y merece el mismo respeto y la misma consideración que cualquier otra persona.

Frustrado y visiblemente irritado, el Dr. López pasa por el lado de la Dra. González, su cuerpo tenso de rabia.

DR. LÓPEZ

Para ser psiquiatra, señorita, tiene usted madera de trabajadora social. Mucha charla y poca acción efectiva.

Ella se queda inmóvil, observando la espalda de López alejarse. Su rostro refleja una mezcla de indignación y determinación. Aprieta el libro en sus manos, su frustración palpable. Inhala profundamente girarse a la puerta que da a la habitación de Gabriela.

29. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

La imagen es nítida. La Dra. María entra en la habitación de Gab. Al cruzar el umbral, mira todo el espacio respira profundamente y se acaricia el cuello y el hombro con su mano.

Gab está recostada en el espaldar de la cama, con una camisa de fuerza y la mirada fija en el vacío. Su cuerpo está inmóvil, su respiración pausada. Las sábanas, desordenadas, le cubren parcialmente los pies. Su cabello, desordenado y recogido de mala manera.

María se acerca a la cama y se sienta en el borde, con cuidado con el libro en su regazo.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Te traje el libro que me pidió Gabi.

Gab no responde. Sus ojos permanecen fijos en un punto en la pared.

GAB (En un murmullo distante)

Los peritos... encontraron... las grabaciones. Son de... su tío... y su esposa.

Los ojos de María se abren sutilmente, acerca su mano a la cara de Gab para que la mire.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Gabriela? ¿Puedes decirme algo más
sobre eso?

Gab tiene los ojos puestos sobre María, pero su mirada está
perdida.

GAB

Hay un problema. Los abusos... no
coinciden... la sangre... las evidencias...
no... no cuadra. Hay más...

La voz de Gab se desvanece, las palabras se pierden en un
murmullo inaudible. Un temblor leve recorre su cuerpo, y sus
ojos se cierran.

María, se levanta de la cama. Deja el libro en la mesa
auxiliar, su mirada se detiene en el cuerpo de Gab, con calma
desata la camisa de fuerza, le organiza el cabello con
cuidado. Con un suspiro, recoge la almohada del piso, y la
pone tras la espalda de Gab que sigue sin abrir los ojos antes
de cubrirla con las sabanas.

30. INT. CONSULTORIO DE VÍCTOR - DÍA.

El Dr. López está sentado en una de las sillas auxiliares
frente a Víctor. Con los brazos cruzados, su postura es
relajada.

DR. LÓPEZ

Un tratamiento sin medicación en un caso
como el de Gabriela no es viable, y usted
lo sabe, doctor Rodríguez.

El Dr. Rodríguez entrelaza las manos sobre su escritorio.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Sí... siempre ha sido una paciente difícil.
Pero en las grabaciones, María ha logrado
acercamientos que no habíamos visto antes.

López suelta una risa corta.

DR. LÓPEZ

Porque nunca ha estado completamente sin
medicación. Yo la he visitado en sus días
"limpios" y créame, es incontrolable. He
tenido que intervenir más de una vez, usted
mismo lo...

La explicación del Dr. López es interrumpida por unos golpes
en la puerta. El doctor Rodríguez lo detiene con un gesto de
la mano.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Adelante.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Buenos días, doctores.

La Dra. González entra por completo en el consultorio, mirando
entre el Dr. Rodríguez y López.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Venía a hablar con usted, doctor Rodríguez,
pero qué bueno que está aquí el doctor López.
Así lo resolvemos de una vez.

El Dr. Rodríguez frunce el ceño, su expresión se vuelve más seria. López, trata de disimular una sonrisa de suficiencia, acomodándose en su silla.

DR. LÓPEZ

Justo hablábamos de tu paciente. La que te asignaron para tu periodo de prueba.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Sí, Gabriela. Sé que estoy en evaluación y que requiere supervisión, lo entiendo.

DR. LÓPEZ (Condescendiente)

Por eso mis recomendaciones. María, con respeto, eres nueva en esto. Este caso es complejo, y mi experiencia puede ayudarte si...

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Doctor, dejemos que María hable.

El Dr. Rodríguez fija su mirada en ella, quien se mantiene de pie al lado del escritorio.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

María, ¿qué está pasando?

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

No puedo avanzar como se espera si el doctor López y los enfermeros siguen administrando medicación que yo no he autorizado.

El Dr. López frunce el ceño, Rodríguez mira entre ambos.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

María, el doctor López tiene...

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Lo sé.

La psiquiatra señala con su mano al doctor López.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Revisé la historia clínica. Él ha estado a cargo desde el ingreso de Gabriela. Sé que no es una paciente fácil, y que ha habido episodios de violencia. Pero también sé que, en los últimos días, sin una alta intervención farmacológica, ha mostrado señales de apertura. Están en las grabaciones.

El Dr. López se levanta de su silla y el chirrido llena el espacio.

DR. LÓPEZ

Eso es por el efecto residual del medicamento.

La Dra. González mira directamente a López quien le sostiene la mirada.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (Calmada)

Tal vez. Pero no estoy proponiendo eliminarlo por completo. Solo reducir la dosis para implementar un enfoque más funcional, que le permita recuperar algo de autonomía.

El Dr. López mira con rabia a la Dra. González, que sigue de pie junto al escritorio, antes de fijar su mirada en el Dr. Rodríguez.

DR. LÓPEZ

Doctor Rodríguez, ¿para qué cambiar lo que ya funciona? Esa niña va a estar aquí el resto de su vida. La medicación nos facilita las cosas. Y el hospital no tiene personal para más complicaciones.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Con respeto, doctor López, pero no estudiamos esta carrera para facilitarnos la vida.

La psiquiatra dirige su mirada al Dr. Rodríguez.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Si logramos que los pacientes colaboren más, podemos mostrar resultados reales. Eso podría abrir puertas para más presupuesto, más recursos. Gabriela puede ser ese caso.

El Dr. Rodríguez niega con la cabeza suavemente con la mirada fija en la Dra. González.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Esos resultados aún no los veo. Usted sabe lo que hablamos la última vez. Es su caso, y usted asume las consecuencias.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Y el doctor López?

El Dr. López se sienta en su silla acomodándose el saco.

DR. LÓPEZ

Yo...

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

El doctor López no se va a involucrar más.

López apoya una mano sobre el escritorio acercándose al Dr. Rodríguez.

DR. LÓPEZ

Doctor Rodríguez...

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Ya está decidido. Dejemos que María se haga cargo. En menos de 30 días los resultados nos darán la razón.

El Dr. López empuña con fuerza la mano que tiene sobre el escritorio, mientras el silencio se apodera del espacio.

31. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

La imagen se ve con claridad. La Dra. González, está sentada con calma en la silla auxiliar de la habitación de Ela, está de pie al otro lado de la cama que esta destendida, las sabanas y la almohada en el suelo. tiene el cabello revuelto y esta exaltada.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Gabriela, sé que este cambio es incómodo, pero es necesario para que pueda entenderte.

Ela mira de reojo a María, antes de desviar la mirada.

ELA (Secamente)

No quiero hablar con usted. no quiero hablar con nadie.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Lo sé. Y lo respeto. No tienes que hablar. Puedes simplemente dejar que yo esté aquí.

María le regala una sonrisa a María antes de escribir en su cuaderno, levanta la vista y observa de nuevo a Ela que sigue de pie con los brazos cruzados.

ELA

¡NO ME MIRE ASÍ! ¡No me analice! ¡No me busque nada!

Ela Se desliza por la pared, abrazándose las piernas, temblando.

ELA (En voz baja. Nerviosa)

Esto no es normal. No estoy loca.

María se levanta lentamente y se agacha frente a Ela.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (O.S.)

Lo sé. Y por eso te voy a ayudar.

32. INT. CONSULTORIO DE MARÍA - DÍA.

La oficina es pequeña, de paredes claras y sin adornos excesivos. No hay diplomas ni estanterías repletas. Un escritorio de madera clara con bordes gastados ocupa una

esquina, acompañado una lámpara de piso y una silla giratoria donde La Dra. González está sentada observando a Ela con una leve sonrisa en los labios. Frente al escritorio, una silla acolchonada tapizada en tela gris, ligeramente descolorida donde está sentada Ela mientras hace un sketch de ropa de mujer. A un costado, una pequeña repisa sostiene algunos libros de psicología y una planta. En la pared, un reloj digital. La ventana, cubierta por una cortina translúcida, deja entrar una luz suave que baña el espacio con serenidad. No hay música, solo el sonido lejano de la ciudad.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Qué estás dibujando hoy?

Ela no alza la vista del dibujo, se toma un momento donde respira profundo antes de responder.

ELA

Nada. Solo mantengo las manos ocupadas.

María asiente lentamente, mientras observa las manos de Ela que empieza a realizar los trazos con más fuerza que antes.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Gabi me contó que a veces te comunicas con ella. Y me habló de una personalidad que es su protectora...

María nota como Ela aprieta la mano sobre la mesa, sus nudillos se tornan blancos, pero mantiene la mirada fija en el dibujo, sin responder. María se acomoda en su asiento antes de mirar a Ela.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Quiero que sepas que estoy aquí para
ustedes. Para todas ustedes.

Ela, continua con la mirada en su dibujo, moviendo el cuello
como si quisiera relajarse.

ELA (Susurrando)

No la conocemos mucho.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿A quién?

Ela levanta la mirada por primera vez. Sus ojos detallan el
espacio sin girar el rostro y luego detallan a Ela.

ELA

A Gab. Gabi dice que no mucho con ella,
pero que siempre está ahí.

María va tomar nota en su libreta, pero Ela frunce el ceño y
se cruza de brazos. María cierra su libreta y la pone a un
lado sin escribir nada y continúa mirando a Ela con calma.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Y tú, Ela? ¿Puedes hablar con Gab?

Ela sacude la cabeza con un movimiento imperceptible.

ELA

No. Gab es demasiado...

Ela hace una pausa, sus ojos se humedecen por un instante
antes de tomar nuevamente el lápiz y continuar con su dibujo.

ELA

Gab es muy reservada. creo que es la única que tiene recuerdos de antes.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Por qué crees eso?

ELA

Gabi me cuenta que ella la anima a disfrutar de la vida y que estará ahí cuando la necesite.

María asiente lentamente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Es la guardiana.

Ela levanta la cabeza de golpe y clava la mirada en María.

ELA (Secamente)

Es su trabajo.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Y el tuyo es protegerlas.

Ela la mira fijamente antes de asentir sutilmente.

33. INT. SALA DE VISITAS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

El salón es rectangular, con paredes pintadas en un tono verde pálido con desgaste y las marcas de humedad en la parte inferior de las paredes. El techo es alto, con ventiladores lentos. La luz entra por ventanas enrejadas, cubiertas por cortinas plásticas que filtran el sol sin suavizarlo. Las sillas son de plástico rígido, alineadas frente a mesas

metálicas con esquinas redondeadas. Algunas están rayadas con nombres o frases talladas por pacientes. Hay un dispensador de agua en una esquina, junto a un cartel descolorido que recuerda mantener la calma y respetar el espacio. En las paredes cuelgan dos relojes de sincronizados uno análogo y otro digital y un par de afiches institucionales sobre salud mental con mensajes genéricos y rostros sonrientes.

Los pocos pacientes en la sala están dispersos, inmersos en sus actividades: algunos juegan a las cartas, otros ajedrez o simplemente conversan en voz baja.

Ela está sentada sola en una de las mesas más alejadas, en toda la esquina de la sala, sin darle la espalda a nadie. Su mirada se desliza por el lugar, observando las interacciones. En ocasiones, se queda fijada más de la cuenta en pequeños grupos de pacientes que ríen, Otra PACIENTE (20) con cabello corto se da cuenta de la presencia de Ela. Recoge un mazo de cartas uno de otra mesa y camina hacia ella con una sonrisa. Ela se pone de pie de forma abrupta, su cuerpo se tensa.

La mujer, imperturbable ante la reacción, se sienta frente a Ela, con la silla rozando el suelo de forma ruidosa. Mezcla las cartas, las reparte y hace la primera jugada, dejando el espacio para la respuesta de Ela.

Ela mira alternativamente a la paciente y al resto de la sala, como si buscara una señal de advertencia o la autorización de alguien más. Finalmente, se sienta. Toma las cartas con cuidado, las revisa con rapidez y hace su jugada.

La otra paciente gana la ronda con una sonrisa tranquila. Ela recoge las cartas, molesta. Es torpe al momento de mezclarlas

y repartirlas. finalmente toma sus propias cartas y las analiza antes de poder jugar.

34. INT. CONSULTORIO DE MARÍA - DÍA.

La Dra. González está sentada detrás de su escritorio, con una postura relajada. Frente a ella, Rosa se mueve con timidez en la silla acolchada, sus manos descansan sobre su regazo, apretando una sobre la otra con nerviosismo.

ROSA

Doctora, yo... no entiendo. ¿De verdad está enferma? Parecía tan tranquila. Tan dulce. Nunca hablaba.

La psiquiatra se inclina un poco hacia adelante apoyándose en su escritorio.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Lo sé. Y es importante que sepa que la Gabriela que usted conoce es real. Lo que tiene es un Trastorno de Identidad Disociativa. Es un diagnóstico complejo, pero no la define.

Rosa frunce el ceño, se pasa la mano por su pelo confundida.

ROSA

¿Pero... y la otra persona? ¿La que dijeron que era agresiva?

La Dra. González suspira y toma una libreta de su escritorio. La abre y hace un dibujo simple del interior de una casa.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Imaginemos que la mente es como una casa,
con muchas habitaciones. Gabriela vive en
una.

La psiquiatra señala el dibujo y mira a Rosa a medida que le
explica

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Pero hay otras partes de ella, otras
identidades, que habitan en las demás
habitaciones y tiene unas cualidades
diferentes. A veces, por la vida cotidiana,
una de las personalidades de Gabriela toma
el control del cuerpo para protegerse o
saber cómo actuar en determinadas
situaciones. Ellas no son un peligro.

Rosa mira el dibujo y luego a La Dra. González.

ROSA

o sea que Gabrielita si está ahí ella no fue la
que el doctor dijo que era agresiva.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Eso... eso fue un instinto de protección.
Algo que sucedió la activó. Cuando Gabriela
se sienta lista, ella le contará lo que
sucedió para que reaccionara como lo hizo,
Pero lo importante es que usted entienda que
todas las partes de Gabriela son ella. No hay
una "verdadera" y una "falsa".

ROSA

¿Y cómo las trato a todas?

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Con paciencia y validación. No hay que temerles, sino validarlas a todas como parte de Gabriela. Es un proceso largo, pero su apoyo, señora Rosa, va a ser crucial. Ahora, ella no necesita un sistema que la silencie o la obligue a ser una sola persona. Ella necesita que la ayuden a escucharse a sí misma.

Rosa con los ojos llorosos toma la mano con la que la psiquiatra dibujaba y se la aprieta.

35. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

La puerta de la habitación está abierta, Ela, con una camiseta holgada y el cabello recogido en una cola de caballo, se encuentra en el borde de su cama, revisándose sus manos. Maria está sentada en la silla auxiliar sacando un paquete de una bolsa de tela.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Pensé que te gustaría esto.

La psiquiatra coloca sobre la cama junto a Ela un paquete, el cual está marcado en la parte superior con una tipografía que dice "Confidencial". Ela observa entre el paquete y María con desconfianza.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Vi esto en una tienda y me acordé de ti.
De lo que te gusta... investigar.

Ella sigue sin decir nada. Sus ojos se fijan en la caja, sin mostrar emoción.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (O.S.)

Es un juego de pistas. Hay que resolver un misterio.

Ella niega con la cabeza lenta y sutilmente mientras permanece en silencio. Sus ojos, se posan en el rostro de María.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (Tranquila)

No tienes que jugar si no quieres. Pero tal vez...

Gabi la interrumpe. El impulso lleva sus manos temblorosas y tocan el paquete para abrirlo.

GABI (En voz baja)

¿Podemos hacerlo juntas?

María asiente con una sonrisa. Gabi termina de abrir el paquete con impaciencia. Saca papeles, fotos, un sobre sellado. Al principio, sus movimientos son frenéticos, casi desesperados. Arroja las "pistas" sobre la cama sin orden y algunos se caen al suelo. En ese momento su cuerpo queda inmóvil y respira con calma.

Los dedos de Gabi recogen los papeles del suelo, ya no con prisa, sino con una precisión milimétrica. Acomoda las fotos, alinea los documentos. El caos se transforma en un mapa de evidencia cuidadosamente organizado. Las sábanas y las almohadas se convierten en un tablero de juego. Con Gabi arrodilla en el suelo junto a la cama, dándole la espalda a María quien la observa desde la silla, con tranquilidad y una

pequeña sonrisa en los labios, mientras Gab, concentrada en el juego lee y observa cada una de las pistas.

36. INT. OFICINA DE GABRIELA - DÍA.

Gab está sentada tras su escritorio mientras observa una fotografía suya cuando tenía 3 años, su rostro está desprovisto de emociones, cuando lo deja sobre el escritorio, antes de mirar a quien está sentada frente a ella.

GAB

Ella tenía 3 años cuando fue adoptada por la familia de su tío.

Gab señala una de las fotos que muestra su tío, esposa e hijos sentados en el sofá de una sala, en un sillón aparte Gabi de 8 años está sentada mirándolos.

GAB (O.S)

La esposa sabía lo que él le hacía todas las noches.

Gab toma la fotografía en sus manos y acaricia donde ella está retratada de niña, antes de levantar la vista al frente.

DISOLVER EN.

37. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

Gab levanta la vista al frente con la foto entre las manos.

GAB

La tal Rosa espero años en denunciar lo que ella sabía que pasaba.

María le sostiene la mirada a Gab.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Tienes derecho a estar molesta.

GAB (Con sarcasmo)

Molesta...

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Puedes sentir lo que sea que sientas, eso está bien. Así como todas podrían saber todo por lo que han pasado ¿No crees?

Gab levanta la cabeza de golpe y mira a la psiquiatra con furia.

GAB

No

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Por qué crees que no?

Gab niega lentamente con la cabeza.

GAB

Gabi no puede soportarlo, para eso me tiene a mí.

Los ojos de Gab furiosos observa la psiquiatra mientras cruza los brazos y se muerde los labios escuchando cada palabra

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (O.S.)

Gabi, ya no es una niña. Ya no tienes que cuidarla siempre, pueden apoyarse entre ustedes.

GAB

Quiero estar sola.

La Dra. González sonríe despreocupada, cierra su libreta y se levanta. Gab toma otra de las fotos entre sus manos acariciando los costados.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (O.S.)

Claro, podemos continuar luego.

GAB

Y dile a Rosa que no quiero sus regalos.

Se escucha el sonido de la puerta al cerrarse, Gab lanza la foto arrugada contra la puerta cerrada, ya en el suelo en la fotografía se alcanza a ver a ella y a Rosa en el taller de costura sonrientes frente a la cámara.

38. INT. CONSULTORIO DE LÓPEZ - DÍA.

El espacio es amplio. Las paredes son claras y don manchas. Un escritorio imponente domina el lugar. Encima, una pluma de lujo descansa sobre una libreta de cuero, estratégicamente colocada para ser vista. Detrás del escritorio, una biblioteca de vitrina exhibe libros de tapa dura, entre ellos, galardones, relojes, y los diplomas enmarcados con marcos exagerados compiten por atención.

Un sillón vino tinto apoyado en la pared del frente. Frente a él, una mesa de centro con revistas de psicología de portada brillante que reflejan la luz blanca del lugar y una varita de incienso encendida.

Detrás del escritorio, el Dr. López está de pie, con una sonrisa en los labios. La Dra. María está sentada en el sillón que la hace ver pequeña.

DR. LÓPEZ

Me alegra que me diera unos minutos,
Doctora González. Sinceramente, me preocupa
su futuro profesional.

Ella se inclina hacia adelante, apoyando las manos en sus rodillas.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (Confusa)

Doctor López, no entiendo.

López se ríe sarcásticamente antes de rodear su silla, se acomoda el traje y se sienta con calma

DR. LÓPEZ

Verá, he estado revisando su perfil. Su enfoque sensible, esa... empatía que usted demuestra, es... valioso. Pero no aquí. Este es un hospital que necesita resultados tangibles, un enfoque de control, no de cuentos.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Creí que mi trabajo con Gabriela había demostrado la validez en mi enfoque. Ella está progresando.

DR. LÓPEZ

Es una casualidad, Doctora. Un leve momento de remisión.

Él niega con la cabeza lentamente.

DR. LÓPEZ

Pero no quiero discutir eso. Lo que quiero es ayudarla. Conozco a la directiva de un hospital privado. Su filosofía se alinea perfectamente con su... humanismo. Le conseguiría el puesto de Coordinadora de Terapia.

María se queda inmóvil mirándolo a los ojos. El silencio invade la oficina, solo roto por el suave zumbido de las luces fluorescentes. Ella junta aprieta sus manos entre sí.

DR. LÓPEZ

¿Por qué está haciendo esto, Doctor López?

López endereza su postura.

DR. LÓPEZ (Cortante)

Porque soy un buen colega, Doctora. Y porque veo el panorama completo. Usted está quemando su talento y tiempo en un caso crónico. Yo le ofrezco la oportunidad de un ambiente donde encajara.

La doctora frunce el ceño, confusa

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Aprecio el gesto, pero debo rechazar su oferta.

López se incorpora bruscamente.

DR. LÓPEZ

¿Rechazarla? María, no creo que haya entendido la magnitud de esta oportunidad.

DR. LÓPEZ

Lo he entendido. Y mi lugar, por ahora, es aquí. Con mis pacientes.

María se pone de pie, su expresión es tranquila y firme. Él la mira de arriba abajo y le hace señas hacia la puerta a donde ella se dirige.

DR. LÓPEZ

Muy bien. Entonces, ya hemos terminado. Puede retirarse.

María asiente con la cabeza y sale de la oficina. López se queda mirando la puerta cerrada, su mano se aprieta en un puño.

39. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

La libreta de la Dra. González esta sobre la mesa al lado de la cama bien tendida, Gabi tiene el cabello trenzado, sentada con las piernas cruzadas la mirada insegura sobre la psiquiatra que está sentada en la silla auxiliar con su uniforme impecable, sin la bata. La Dra. González observa con curiosidad un dibujo de palitos.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿y esta es?

Gabi evita la mirada de la Dra. González, sus ojos en la puerta de la habitación.

GABI

La sala de la casa.

La psiquiatra asiente lentamente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿y ellos quiénes son?

Gabi encoge los hombros.

GABI (Susurrando)

Yo y mi tío.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Pasabas mucho tiempo con él?

Gabi juguetea con la piel de sus manos que tienen algunos cueritos y heridas rojas alrededor de unas uñas muy cortas. Sin atreverse a mirarla.

GABI (Susurrando)

Si... Me gustaba.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿A ti o a él?

Gabi baja la mirada a sus manos que tiemblan sutilmente.

INICIO DE FLASHBACK.

40. INT. SALA DE LA INFANCIA GABRIELA - DÍA

Las manos de una Gabi (7) tratan de peinar el cabello de una muñeca que sucia. Gabi Tiene dos trenzas desordenadas, una camisilla a rayas, shorts de jean y está descalza, sentada en el suelo en una esquina de una sala pequeña, acogedora y cálida.

Las paredes, de color crema, muestran el desgaste del tiempo con algunas manchas y grietas sutiles. El piso está cubierto por baldosas antiguas en tonos rojos y amarillos. Un sofá de tela floreada ocupa el centro del espacio. Sus cojines, dispares y algo deshilachados. Sobre las paredes cuelgan retratos familiares enmarcados en madera oscura: el padre, la madre y dos hijos pequeños sonríen en distintas etapas de su infancia. Una repisa de madera sostiene figuritas religiosas de porcelana. La luz que se filtra por una cortina de encaje, amarillenta por el sol. Las sombras que proyecta bailan suavemente sobre los muebles. El televisor, antiguo pero funcional, descansa sobre una mesa improvisada cubierta con un tapete bordado.

Sentado en el sofá, el TÍO (50) observa el televisor sin mucho interés. Tiene la piel curtida por el sol, manos grandes y ásperas, marcadas por cemento seco, igual que su ropa. Lleva la correa desabrochada y la camisa medio abierta. Recibe de su ESPOSA (40) una taza de chocolate caliente. Ella viste un vestido de flores y un delantal atado a la cintura. Dos niños, de 10 y 12 años, cruzan corriendo la sala persiguiendo una pelota, dejando ecos de risas.

TÍO

¿Dónde están tus modales Gabriela?

La niña deja caer su muñeca y mira a su tío con la respiración acelerada.

TÍO

Ven a saludar a tu tío.

La niña camina nerviosa en su dirección, Gabi adulta y la Dra. González observan en la escena sentadas donde antes estaba la Gabi de 7 años.

TÍO

¿Si sabes que eres mi sobrina favorita?

La niña mira a los lados antes de finalmente asentir con seguridad, sin mirarlo a la cara.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Crees que eras su sobrina favorita?

La psiquiatra pasa su mirada de la niña a Gabi quien sigue observando a la niña y su tío con los ojos brillantes, pero sin llorar.

GABI

Era su única sobrina.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿y te sentías su favorita?

TÍO (O.S.)

Ven súbete, vamos a jugar al caballito como te gusta.

Gabi aprieta los puños y respira profundamente sin apartar la mirada.

TÍO(O.S.)

Es tu juego favorito verdad

Gabi pasa saliva antes de bajar la mirada a sus piernas.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Cuál era tu juego favorito?

Gabi levanta la mirada hacia la Dra. González con un intento de sonrisa.

GABI

Hacerles ropa a mis muñecas, pero el caballito no.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Lo que te estaba haciendo no fue tu elección. Que te hayan hecho sentir que lo era, forma parte del daño que te hacían.

Una única lagrima corre por la mejilla de Gabi quien aprieta los ojos con fuerza.

FIN DE FLASHBACK.

41. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

Gabi se limpia las lágrimas de sus ojos, la mano le tiembla ligeramente y agacha la cabeza. La psiquiatra deja el dibujo sobre la mesa antes de tomar su libreta y su bolígrafo.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Esto que has hecho hoy es de un valor incalculable. Podemos reconstruir esos momentos desde tu voz y tu verdad, sin

juicios ni presiones.

Gabi levanta la vista, sus ojos están rojos e hinchados. Se señala a sí misma con la mano.

GABI

¿De verdad... puedo... puedo escribirlos en el cuaderno que me dio?

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Claro, ustedes eligen cómo recordarlo. Lo importante es que entiendan que su cuerpo y su mente pueden reaccionar buscando sobrevivir. A veces eso implica adaptarse, disociarse o incluso obedecer. Eso no significa que haya habido deseo o consentimiento.

Los hombros de Gabi se relajan un poco, y desvía su mirada se vuelve hacia la libreta de cuero rojo que tiene en su mesa auxiliar.

INICIO DE INSERTO.

María le entrega a Gab que sonríe satisfecha, el cuaderno rojo en la sala de su casa. De repente la imagen se funde en una donde se lo está entregando en la habitación del hospital, pero Ela lo tira con rabia en un rincón.

FIN DE INSERTO.

GABI (O.S) (Susurrando)

Por eso ellas están aquí.

La Dra. González asiente lentamente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (O.S.)

Sí, ellas están aquí para protegerte de lo que no podías en su momento. Ahora, con un diálogo entre todas, pueden aprender a reaccionar de acuerdo con la situación, de una manera sana.

Gabi asiente lentamente y respira con calma.

42. INT. CONSULTORIO DE VÍCTOR - DÍA.

El DR. Víctor está sentado detrás de su escritorio, con la espalda demasiado recta. La Dra. María está sentada frente a él, en una de las sillas dispares, con una postura tranquila. Víctor sostiene la historia clínica de Gabriela con dos dedos mientras la revisa, luego la deja en el escritorio con fastidio.

VÍCTOR RODRÍGUEZ (Seco)

He revisado los nuevos registros en la historia clínica de la señorita Gabriela. También las grabaciones de sus últimas interacciones... con usted y con los otros pacientes.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Como ve, ha respondido muy bien a la reducción de la medicación. La interacción social está empezando a normalizarse.

Víctor se reacomoda en la silla ajustándose el traje.

VÍCTOR RODRÍGUEZ

Sí. Sorprendentemente. Tras revisar los informes de su 'terapia', y a pesar de mis reservas, he autorizado el traslado.

María sonríe sutilmente

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Muchas gracias.

El Dr. Rodríguez se levanta de su silla, pasa por detrás está y posa sus dos manos en el respaldo apretándolo. La Dra. González asiente a medida que lo escucha.

VÍCTOR RODRÍGUEZ

Será trasladada a una habitación fuera del pasillo de agudos. Un área con menos vigilancia, con mayor acceso a las zonas comunes y tiene autorización de visitas si es que alguien viene.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Agradezco la decisión. Espero que esto refuerce su proceso

VÍCTOR RODRÍGUEZ

Veremos cuánto dura esta... 'normalización'. El historial de la paciente sugiere un patrón de crisis. No confunda una fase de calma con un progreso real, María. Es peligroso.

María se levanta y se acerca al escritorio. Recoge la historia clínica.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

No confundo nada, Doctor. Simplemente creo en la capacidad de mi paciente para reescribir su historia. Es todo lo ella que necesita.

Víctor la mira, sus ojos reflejando una mezcla de molestia y derrota. María le da la espalda hace una pausa y se gira.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Con su permiso, voy a informarle a Gabriela de su traslado.

La psiquiatra sale de la oficina. Víctor se queda mirando por dónde ha salido ella. Con un suspiro de frustración, camina de vuelta a su escritorio y se sienta pesadamente en su silla.

43. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

Los zapatos de Gabi estan mal acomodados a los pies de la cama. Ella está junto a la ventana con los ojos cerrados recibiendo el sol. a lo lejos se escucha una puerta cerrarse y unos pasos acercándose, Gabi se mueve rápidamente y se acuesta en el suelo mirando por debajo de la puerta. el pasillo está vacío, los pasos suenan cada vez más cerca.

Los tenis rosados que usa la psiquiatra aparecen caminando tranquilamente.

GABI (Alzando la voz)

Doctora.

La Dra. González se detiene frente a la puerta, un momento después el tintino de unas llaves hace que Gabi se levante y se limpie su ropa apresuradamente, antes de que la psiquiatra entre a la habitación mirando todo el espacio antes de fijar sus ojos en Gabriela.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Todo bien?

GABI (Entusiasmada)

Si.

Gabi va hasta su mesa auxiliar y coge el cuaderno rojo antes de pararse al lado de la psiquiatra que la mira con curiosidad.

GABI

Ya se nos terminó el cuaderno.

Gabi le enseña el cuaderno a la Dra. González, pasando todas las hojas apresuradamente, en ellas se alcanzan a ver dibujos sencillos y más detallados y varias tipografías.

GABI

¿Nos das otro?

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Claro, tengo uno en mi consultorio. Voy y te lo traigo.

La psiquiatra da un paso hacia la puerta. Gabi la toma del brazo, entregándole el cuaderno.

GABI

Que sea morada por favor, Este puedes llevártelo.

La Dra. González sonríe.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

No tienes que dármelo, es tuyo.

GABI

Queremos que lo leas.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Todas?

Gabi asiente con entusiasmo, la psiquiatra le recibe el diario detallándole el rostro con una sonrisa calida en sus labios.

CORTE A.

44. INT. SALON DE CLASES - DÍA

Gabi (3) sostiene en su mano un stitch morado que se arrastra por el pasto, mientras mira al frente dos ataúdes que desaparecen por el suelo.

45. EXT. CEMENTERIO - DÍA

El espacio está iluminado por luz natural, la mano de Gabi recibe temblorosa la hoja de un examen de criminología calificado con 5.0 con un lapicero morado.

46. INT. CONSULTORIO DE MARÍA - DÍA.

La Dra. González está sentada tras su escritorio, una lámpara de luz cálida ilumina el espacio de una forma acogedora. No hay música, solo el sonido lejano de la ciudad. Sobre el escritorio está un cuaderno rojo abierto el cual está leyendo. la letra escrita con torpeza en el cuaderno se refleja en la pantalla a medida que la psiquiatra lo lee con voz suave y tranquila.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (O.S.)

Él es una buena persona, Me empezó
acompañar todos los días en el camino a
la universidad, luego de camino a mi casa.

INICIO DE INSERTO.

Gabi está sentada junto a un hombre al que no le vemos el rostro en las ultimas sillas de un bus, él se acerca a ella, Gabi mira a los lados nerviosa, el hombre pasa su brazo por encima de sus hombros y aprisiona el cuerpo de Gabi en su costado, algunas personas en el bus los miran por un momento, el hombre le da un beso en la cabeza, las personas dejan de observarlos y continúan en lo suyo.

GABI (O.S)

El olor a incienso que desprende su ropa,
invade mis fosas nasales y mi estómago se
revuelve cada que invade mi espacio
personal. Si me pongo nerviosa su voz siempre
trata de calmarme diciendo que con el estoy
segura. algunas veces en la silla de al lado,
su brazo roza el mío y me veces me ofrece su
hombro para que me recueste, cuando las
personas nos estan mirando.

FIN DE INSERTO.

La letra es acompañada de unos bocetos de un traje de hombre como los que usa López, que estan hechos en el borde de la página.

ELA (O.S)

La ropa que usa le queda un poco grande,

sus manos son fuertes y no puedo hacer nada cuando me toca, me dice que tengo que portarme bien. Cuando me dice esas cosas, mi cuerpo se siente pesado y la garganta se me cierra.

INICIO DE INSERTO.

El rostro de Gab esta acostada en el pavimento, hay algunas hojas secas esparcidas por el suelo. Su mirada esta fija en el cielo, de sus ojos cae una sola lagrima antes de que su cuerpo sea cubierto por el de hombre con un traje café que le queda grande.

GABI (O.S)

Me dice que "no tenga miedo", que nadie tiene que saber de esto, porque es algo que nos pertenece a los dos, un acto de amor y de entendimiento que solo nosotros podemos compartir. Y no sé por qué, pero no puedo decir que no. Mi cuerpo se queda quieto, como si se hubiese apagado.

FIN DE INSERTO.

La letra se transforma en letra cursiva y escrita con delicadeza.

ELA (O.S)

Me repito que "yo quería", hasta que se me aprieta el pecho. A veces, ella me dice que "corra, que rosa si me creerá". No sé si es verdad, pero es un pensamiento me inquieta,

no quiero que cumpla la promesa que me hizo antes de encerrarme en el cuarto de las paredes blancas. Mañana será un nuevo día...

47. INT. CONSULTORIO DE LÓPEZ - DÍA.

López está sentado cómodamente en su silla giratoria, con confianza. La Dra. González está de pie frente a su escritorio, su cuerpo está rígido, pero su expresión es calma. Tiene en sus manos la libreta de Gabriela, la cual sujeta con fuerza.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

He leído el diario de Gabriela.

López alza una ceja y le dedica una sonrisa que no llega a sus ojos.

DR. LÓPEZ

¿Y? Los delirios de la locura. la hacen escribir cualquier cosa. esta terapia es una pérdida de tiempo.

La Dra. González mantiene el contacto visual.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

No son delirios. Se trata de una persona real, con traumas reales. Ella le tiene miedo, doctor López. Me di cuenta de que su agresividad aumenta cuando usted está cerca.

La sonrisa de López se desvanece por un segundo, su expresión se endurece. Se inclina hacia adelante, sus manos entrelazadas sobre el escritorio.

DR. LÓPEZ

Usted es muy ingenua, María. Está empezando en esto, no se deje confundir. El Trastorno es complejo, y su mente es una fábrica de fantasmas.

Ella da un paso al frente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Los fantasmas no dejan cicatrices. La violencia no viene de su enfermedad. Viene de lo que le hiciste.

López se ríe, un sonido hueco. Se recuesta en su silla, su expresión ahora es de desprecio.

DR. LÓPEZ

Es niña es una paciente peligrosa. Yo solo hago mi trabajo. Pero no se preocupe. Es mi palabra contra la de una paciente con un historial de disociación y delirios.

La psiquiatra lo observa con rabia. Simplemente se da la vuelta y sale del consultorio.

48. INT. PASILLO CONSULTORIO DE LÓPEZ - DÍA.

La Dra. González sale del consultorio de López dejando la puerta abierta, encuentra dos agentes de la policía afuera.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Buenas tardes.

La psiquiatra los rodea para pasar, ellos simplemente asienten con la cabeza antes de entrar al consultorio. cerrando la puerta a sus espaldas donde se ve el cartel "Dr. Antonio López psiquiatra enlace".

49. INT. CONSULTORIO DE VÍCTOR - DÍA.

El Dr. Rodríguez y la Dra. González están sentados las dos en las sillas auxiliares de su escritorio.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

No pretenda que me disculpe. A mí me llegó una paciente, y la tratamos igual que a todos los demás. Yo solo hice mi trabajo.

María lo mira fijamente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

¿Hizo su trabajo?

La psiquiatra toma agua y deja el vaso en la mesa con calma.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ (Con calma)

¿Y parte de su trabajo es no saber lo que un supuesto profesional está haciendo a espaldas tuyas? Un "profesional" que tenía a una paciente medicada hasta los ojos, que la manipulaba y la agredía.

El psiquiatra se endereza lentamente.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

No me venga con sentimentalismos. Yo no tengo el tiempo ni la necesidad de seguir la pista

de cada paciente y de cada doctor. Confié en el historial y el diagnóstico. La paciente era agresiva. El informe de López lo dejaba claro. Yo lo vi con mis propios ojos.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

La paciente era agresiva solo en la presencia de López. Víctor se levanta y va hasta su hasta su asiento.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

El doctor López ya no está. Haz tu trabajo, que yo hago el mío.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Entonces... ¿está diciendo que yo decido el tratamiento de Gabriela de ahora en adelante?

Él sorprendido la mira a los ojos, durante un momento en el que se quedan en silencio.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ

Si no recuerdo mal, eres la psiquiatra asignada a ese caso. Confío en tu profesionalismo para hacer lo mejor para la paciente, doctora González.

50. INT. SALA DE VISITAS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

Los visitantes hablan en voz baja, como si el espacio obligara a la contención. Algunos pacientes se balancean en sus sillas, otros miran al vacío. Hay una enfermera en la puerta, vigilante pero no invasiva.

Gabi, sentada en una de las sillas, juega con las manos. Su cabeza está gacha, sus hombros tensos. Levanta la mirada cuando Rosa nerviosa se sienta frente a ella.

ROSA

Gabriela... Mírate. Estás tan...

Rosa no sabe qué decir. Alarga la mano y la extiende sobre la mesa para alcanzar a Gabi.

GABI (con la voz temblorosa)

Rosa...

ROSA

¿Estás bien, mi vida?

Gabi asiente con la cabeza, rosa recoge con incomodidad la mano que Gabi no tomo y se inclina hacia ella

ROSA

La doctora María me contó... ya sé todo.

¿Cómo están... cómo están todas?

El cuerpo de Gabi se tensa por completo. Se encoge, y su mirada se vuelve fría y distante.

GABI

Estamos bien... La mayoría.

Rosa la mira con tristeza, antes de bajar la cabeza y volver a mirarla con un entusiasmo fingido.

ROSA

En el taller te extrañamos mucho, sabes...

La niña que me ayuda ahora... es buena, pero no es tan avispada como tú. A veces las puntadas le quedan un poco torcidas.

Los hombros de Gabi se relajan y sus labios se curvan en una leve sonrisa.

GABI

¿Ya no tienes que coser las etiquetas de la ropa? Esas sí eran una tortura.

ROSA

Ah, sí. Esas las hace Mariana, mientras tú llegas, porque no ha vuelto a haber alguien que le diera tanto corazón a esas puntadas como tú.

La Dra. González nota como la conversación fluye más fácilmente, incluso Gabi permite que Rosa la toque y le devuelve el gesto.

GABI

He estado mejor. El tratamiento de la doctora María... me hace sentir más tranquila y he aprendido muchas cosas.

Rosa asiente lentamente y saca una bolsa de tela de su bolso. Con cuidado, saca un suéter de un color morado.

ROSA

Mira... Es con un retazo de tela que me sobró del taller. Lo hice para ti, hace unos meses.

Gabi lo toma entre sus manos, lo huele y aprieta contra su pecho. Rosa se inclina un poco más hacia ella sobre la mesa.

ROSA

Y otra cosa, mi vida. Que quede claro.
Voy a venir a verte cada ocho días. Cada semana. Hasta que estés lista para irte.
¿oíste?

Gabi mira el rostro de rosa, se muerde la mejilla interior y se gira para ver a la Dra. González que le sonríe, al mirar de nuevo a Rosa asiente con duda.

51. EXT. PATIO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

Rodeado por muros de concreto, pintados en tonos claros, algo desgastados por el tiempo. El suelo es una mezcla de baldosas sencillas y áreas de tierra compacta donde crecen arbustos y algunas flores. En el centro hay un pequeño jardín rectangular, delimitado por piedras, con un árbol joven que ofrece sombra parcial. A su alrededor, bancos de cemento pintados de blanco y algunas sillas plásticas verdes. En una esquina, hay dos mesas de madera con marcas de uso, donde algunos pacientes juegan cartas o dibujan. El cielo está parcialmente nublado dejando pasar ráfagas de sol que iluminan el jardín sin encandilar. El ambiente es tranquilo, con sonidos de pájaros. Otros pacientes se acomodan en las sillas plásticas, cerrando los ojos para sentir el calor leve en la piel. Otros conversan en voz baja.

Gabi, sentada en uno de las sillas, con una mirada perdida, juega con el borde de su saco morado mientras la Dra. González la observa.

GABI

¿Me tengo que ir?

La psiquiatra sonríe suavemente. Se levanta de su silla para acercarla a la de Gabi.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Podrías hacerlo si tú quieres. El alta no es una orden. Es una oportunidad, si te sientes lista.

Gabi traga saliva, mira el rostro de la Dra. González con detenimiento.

GABI

¿Y qué voy a hacer allá afuera?

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Puedes seguir estudiando, puedes trabajar. La señora Rosa me contó lo bien que lo hiciste en el taller. Dijo que te propuso unirme a ella de nuevo. Es tu vida, Gabi. Tú eliges qué quieres hacer.

La mirada de Gabi se dirige al árbol del patio. Sus manos se aferran a las mangas de su saco.

GABI

Allá afuera hay muchos López.

La Dra. González toma la mano de Gabi con delicadeza, sin ejercer presión.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

No te puedo asegurar que no sea así, pero

lo que sí puedo decirte es que todas ustedes están preparadas para enfrentar lo que la vida ponga en tu camino.

Gabi aprieta la mano de la psiquiatra con fuerza.

GABI

No sé...

Ambas se quedan en silencio durante un rato mirando a su alrededor.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

No es algo que debas decidir ahora, solo es una de las opciones que quiero que tengas presente.

52. INT. HABITACIÓN GABRIELA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - DÍA.

Gabi está sentada en la silla auxiliar de su cuarto, con las piernas cruzadas. Se nota absorta en la lectura de la cenicienta que tiene en sus manos. Una sonrisa tímida juega en sus labios.

De repente, el sonido de dos golpes suaves en la puerta llena la habitación. Gabi se sobresalta, su cuerpo se pone rígido, y aprieta el libro contra su pecho poniéndose de pie. La puerta se abre lentamente, y por ella asoma la cabeza de la Dra. González, con una sonrisa cálida en el rostro. Gabi se relaja visiblemente, su cuerpo se afloja y se vuelve a sentar.

GABI (En voz baja)

Hola.

La psiquiatra entra por completo en la habitación y se para al lado de la cama.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Hola. Vine a invitarte a una sesión grupal que tengo programada.

GABI (Dudosa)

¿Grupal?

La Dra. González asiente decidida

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Sí. Vamos a conversar un rato. No tienes que decir nada si no quieres, pero si quieres acompañarnos...

Un silencio incómodo llena la habitación. Gabi desvía la mirada hacia el libro que aún sujeta con fuerza, pasando sus dedos por los bordes de la portada. La psiquiatra la observa con paciencia

GABI (Susurrando, como si hablara con alguien más)

¿Tengo que ir?

La Dra. González sonríe con dulzura y se encoje de hombros.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Solo si quieres.

GABI

¿Si yo quiero?

La Dra. González asiente lentamente.

DRA. MARÍA GONZÁLEZ

Si ustedes quieren. Si quieres ir, te
estaré esperando.

La psiquiatra sale de la habitación, dejando la puerta entreabierta. Gabi se muerde los labios y se levanta. Sus ojos se clavan en la puerta por un momento. Luego, mira el libro en su mano, lo deja en la mesa de forma asimétricamente organizada y se sienta en la cama. Se queda allí, inmóvil, mirando la puerta, sus ojos vagan de un lado a otro. Su mano juega con sus piernas, sus labios se aprietan con fuerza, juega con sus manos, apretándose los dedos.

Finalmente, respira profundamente. Se levanta, camina hacia la puerta y la abre por completo. Apretando la manija con fuerza en su mano, mira al pasillo vacío. Cierra los ojos por un instante y, sale de la habitación, cerrando la puerta a sus espaldas.